BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

Paris. — Société d'Imprimerie PAUL DUPONT, 24, rue du Bouloi (Cl.) 49.1.88.

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

PUBLIÉS PAR LES SOINS DES SECRÉTAIRES DE LA SOCIÉTÉ

M. CHAUVEL
Secrétaire général,

ET

MM. TERRILLON ET NEPVEU
Secrétaires annuels.



TOME XIII. — 1887.

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
BOULEVARD SAINT-GERMAIN, EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1887



PERSONNEL

DE LA

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

COMPOSITION DU BUREAU POUR L'ANNÉE 1887

Président......................	MM.	Lannelongue.
Vice-Président.................		Polaillon.
Secrétaire général.............		Chauvel.
Secrétaires annuels............		Terrillon et Nepveu.
Trésorier......................		Schwartz.
Archiviste.....................		Terrier.

MEMBRES HONORAIRES

MM.

3 novembre 1875.	— Blot, titulaire de	1861
23 janvier 1861...	— Deguise	1844
29 mars 1882.....	— Dubreuil	1872
5 mai 1886......	— Duplay	1850
5 juillet 1882....	— Giraud-Teulon	1869
1er avril 1863......	— Gosselin	1855
28 mars 1886.....	— Guéniot	1868
15 mars 1876.....	— Guérin (Alphonse)	1853
22 novembre 1882.	— Guyon (Félix)	1863
3 mars 1886.....	— L. Labbé	1865
20 décembre 1867.	— Larrey (baron)	1849
9 mai 1877.......	— Le Fort (Léon)	1865
6 mars 1872......	— Legouest	1859
28 mars 1860.....	— Maisonneuve. — M. fondateur	1843
9 mars 1881.....	— Marjolin. — M. fondateur	1843
25 janvier 1860...	— Monod. — M. fondateur	1843
19 mai 1880......	— Perrin (Maurice), titulaire de	1865
26 mai 1880......	— Panas	1865
9 juillet 1879....	— Paulet	1868
4 décembre 1867.	— Richet	1852
27 mars 1850......	— Ricord	1844
27 octobre 1886...	— Sée	1868
19 décembre 1883.	— Tarnier	1865
26 mai..........	— Trélat	1861
15 juillet 1885....	— Verneuil	1852

MEMBRES TITULAIRES

MM.

16 février 1876.... — Anger (Théophile).
12 juin 1878...... — Berger.
12 mars 1884 ..... — Bouilly.
4 janvier 1882 ... — Chauvel.
15 avril 1868...... — Cruveilhier
3 janvier 1877 ... — Delens.
19 janvier 1853... — Desormeaux.
25 octobre 1865... — Desprès.
24 octobre 1877... — Farabeuf.
8 juin 1870...... — Horteloup.
13 mai 1885 ...... — Humbert.
30 décembre 1885. — Kirmisson.
12 juin 1872...... — Lannelongue.
9 juillet 1873 .... — Le Dentu.
30 juin 1875...... — Lucas-Championnière.
11 décembre 1872. — Magitot.
3 mai 1882....... — Marchand.
7 juillet 1880 .... — Monod (Ch.).
18 février 1880.... — Nepveu.
1 avril 1874..... — Nicaise.
14 avril 1875 ..... — Périer.
9 juin 1886...... — Peyrot.
2 avril 1873..... — Polaillon.
27 avril 1881 ..... — Pozzi.
18 avril 1883...... — Reclus.
6 décembre 1882. — Richelot.
27 février 1867.... — de Saint-Germain.
1er décembre 1886. — Schwartz.
15 juillet 1874.... — Terrier.
22 octobre 1879... — Terrillon.
31 janvier 1866... — Tillaux.

MEMBRES CORRESPONDANTS

NATIONAUX.

MM. Ancelet, à Vailly-sur-Aisne (Aisne).
Arlaud, directeur du service de santé de la marine à Toulon.
Aubrée, professeur à l'École de médecine de Rennes.
Azam, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.
Baizeau, médecin inspecteur de l'armée.
Baudon, à Nice.
Beau, à Toulon (marine).
Benoit, professeur à la Faculté de Montpellier.
Berchon, directeur du service sanitaire de la Gironde, à Pauillac.
Bérenger-Féraud, directeur du service de santé de la marine.
Bœckel (Jules), à Strasbourg.
Bœckel (Eugène), à Strasbourg.
Boissarie, à Sarlat.
Bouchacourt, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.
Bourgeois, à Étampes (Seine-et-Oise).
Bourguet, chirurgien de l'hôpital d'Aix (Bouches-du-Rhône).
Bruch, professeur à l'École d'Alger.
Cazin, à Boulogne.
Cauvy, à Béziers.
Champenois, médecin inspecteur de l'armée.
Chapplain, professeur à l'École de médecine de Marseille.
Chedevergne, professeur à l'École de médecine de Poitiers.
Chipault, à Orléans.
Closmadeuc, chirurgien de l'hôpital de Vannes.
Combalat, professeur à l'École de médecine de Marseille.

MM. Cras, professeur à l'École navale de Brest.
Dauvé, médecin inspecteur de l'armée.
Davat, à Aix-les-Bains.
Delacour, directeur de l'École de médecine de Rennes.
Delore, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.
Demons, chirurgien de l'hôpital Saint-André de Bordeaux.
Denucé, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.
Desgranges, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.
Devalz, à Bordeaux.
Dezanneau, professeur à l'École de médecine d'Angers.
Diday, ex-chirurgien de l'Antiquaille à Lyon.
Dieu, médecin principal de l'armée.
Duboué, à Pau.
Dubreuilh (Ch.), chirurgien de la Maternité de Bordeaux.
Duménil, chirurgien des hôpitaux de Rouen.
Duplouy, professeur à l'École navale de Rochefort.
Ehrmann, à Mulhouse.
Fleury, professeur à l'École de médecine de Clermont.
Folet, professeur à la Faculté de médecine de Lille.
Gaujot, médecin inspecteur de l'armée.
Gayet, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.
Gross, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.
Guermonprez, à Lille.
Herrgott, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.
Heurtaux, professeur à l'École de médecine de Nantes.
Heydenreich, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.
Hue (Judes), à Rouen.
Jouon, professeur à l'École de médecine de Nantes.
Kœberlé, à Strasbourg.
Lannelongue, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.
Larger, à Maisons-Laffitte.
Malherbes fils, professeur à l'École de médecine de Nantes.
Martel, chirurgien de l'hôpital de Saint-Malo.
Maunoury, chirurgien honoraire de l'hôpital de Chartres.
Maunoury (Gabriel), chirurgien de l'hôpital de Chartres.
Mollière (Daniel), chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu de Lyon.
Mouchet, à Sens.
Monteils, à Mende (Lozère).
Mordret, chirurgien au Mans.
Mourlon, médecin principal de l'armée.
Notta, chirurgien de l'hôpital de Lisieux.
Ollier, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.
Oré, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.
Pamard, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Avignon.
Paquet, professeur à la Faculté de médecine de Lille.

MM. Patry, à Sainte-Maure (Indre-et-Loire).
Pilate, chirurgien de l'hôpital d'Orléans.
Poinsot, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.
Poncet, médecin principal de l'armée.
Poulet, médecin major de l'armée.
Pravaz, à Lyon.
Queirel, chirurgien des hôpitaux de Marseille.
Raimbert, à Châteaudun.
Rochard, médecin inspecteur général de la marine à Paris.
Ribell, chirurgien de l'hospice de la Grave à Toulouse.
Robert, médecin principal de l'armée.
Roux, à Marseille.
Sirus-Pirondi, chirurgien de l'hôpital de Marseille.
Salmon, chirurgien de l'hôpital de Chartres.
Sarazin, médecin principal de l'armée.
Silbert, à Aix.
Stolz, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Nancy.
Surmay, à Ham.
Tholozan, médecin principal de l'armée (Perse).
Thomas (Louis), à Tours.
Turgis, à Falaise.
Vast, chirurgien de l'hôpital de Vitry-le-François.
Védrennes, médecin inspecteur de l'armée.
Viard, à Montbard (Côte-d'Or).
Vibert, chirurgien de l'Hôtel-Dieu du Puy.
Villeneuve, chirurgien des hôpitaux à Marseille.
Weiss, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.

BIENFAITEURS

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

René DUVAL, fondateur d'un prix annuel de 300 francs.

Édouard LABORIE, fondateur d'un prix annuel de 1,200 francs.

Vulfranc GERDY, fondateur d'un prix biennal de 2,000 francs.

Pierre-Charles HUGUIER, donateur d'une rente annuelle de 1,000 francs, destinée à favoriser les publications scientifiques de la Société.

DEMARQUAY, fondateur d'un prix biennal.

Paul GUERSANT, — LENOIR, — PAYEN, — VELPEAU, — GERDY, — baron LARREY, donateurs de livres pour la bibliothèque de la Société.

PRÉSIDENTS

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DEPUIS SA FONDATION

MM.
1844. — A. Bérard.
1845. — Michon.
1846. — Monod.
1847. — Lenoir.
1848. — Robert.
1849. — Cullerier.
1850. — Deguise père.
1851. — Danyau.
1852. — Larrey.
1853. — Guersant.
1854. — Denonvilliers.
1855. — Huguier.
1856. — Gosselin.
1857. — Chassaignac.
1858. — Bouvier.
1859. — Deguise fils.
1860. — Marjolin.
1861. — Laborie.
1862. — Morel-Lavallée.
1863. — Depaul.
1864. — Richet.
1865. — Broca.

MM.
1866. — Giraldès.
1867. — Follin.
1868. — Legouest.
1869. — Verneuil.
1870. — A. Guérin.
1871. — Blot.
1872. — Dolbeau.
1873. — Trélat.
1874. — Maurice Perrin.
1875. — Le Fort.
1876. — Houel.
1877. — Panas.
1878. — Félix Guyon.
1879. — S. Tarnier.
1880. — Tillaux.
1881. — de Saint-Germain.
1882. — Léon Labbé.
1883. — Guéniot.
1884. — Marc Sée.
1885. — S. Duplay.
1886. — Horteloup.
1887. — Lannelongue.

MEMBRES ASSOCIÉS ÉTRANGERS

MM.

6 janvier 1864..... — ADAMS-ROBERT, Dublin.
12 janvier 1887..... — ALBERT, Vienne.
11 janvier 1882..... — ARLT, Vienne.
11 août 1875....... — BOWMANN, Londres.
16 janvier 1884 .... — CORRADI, Milan.
7 janvier 1880.... — DEROUBAIX, Liège.
5 janvier 1870 .... — DONDERS, Utrecht.
5 janvier 1870 .... — HELMHOLTZ.
30 juillet 1856 ..... — LANGENBECK, Berlin.
7 janvier 1880 .... — LISTER, Londres.
10 janvier 1877..... — LONGMORE, Netley-Southampton.
10 janvier 1877..... — MICHAUX, Louvain.
6 janvier 1864..... — PAGET (James), Londres.
21 janvier 1885..... — PELLIZARRI, Florence.
20 janvier 1886 .... — REVERDIN (J.), Genève.
16 janvier 1884..... — SOUPART, Gand.
6 juillet 1859 ..... — SCANZONI, Wurzbourg.
21 janvier 1885..... — SKLIFOSSOWSKY, Moscou.
12 janvier 1887..... — THOMPSON, Londres.
11 janvier 1882..... — WELLS (SPENCER), Londres.
20 janvier 1886 .... — TILANUS, Amsterdam.

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

MM.

10 janvier 1877..... — Amabile, Naples.
11 janvier 1882..... — Annandale, Édimbourg.
8 janvier 1868..... — Barbosa, Lisbonne.
13 janvier 1869..... — Bardeleben, Berlin.
26 novembre 1845. — Bassow, Moscou.
31 décembre 1862.. — Back, Fribourg-en-Brisgau.
8 janvier 1879..... — Bigelow, Boston.
31 octobre 1851.... — Birkett, Londres.
3 janvier 1865..... — Billroth (Th.), Vienne.
17 septembre 1851. — Borelli, Turin.
10 janvier 1877..... — Bryant, Londres.
3 janvier 1865..... — Brown-Sequard.
13 janvier 1869.... — Broodhurst, Londres.
13 janvier 1864 .... — Bruns (Victor), Tübingen.
20 mars 1867....... — Buren (Van), New-York.
22 décembre 1852.. — Burgrœve, Gand.
31 décembre 1861.. — Coote (Holmes), Londres.
31 décembre 1862.. — Corñaz, Neufchâtel.
6 juillet 1859...... — Crede, Leipzig.
3 juin 1857 .... — Crocq, Bruxelles.
3 janvier 1865.... — Emmert (F.-G.), Berne.
8 janvier 1862..... — Esmarch, Kiel.
6 juillet 1859 ..... — Fabri, Ravenne.
6 juillet 1859..... — Friedberg (H.), Berlin.
9 janvier 1879..... — Galli, Lucques.
13 janvier 1869.... — Gautier, Genève.
13 janvier 1864.... — Gherini, Milan.
9 janvier 1879 .... — Gritti, Milan.
29 août 1855....... — Hammer, Saint-Louis (Missouri).
26 décembre 1855.. — Hannover, Copenhague.
15 septembre 1852. — Hewett (Prescott), Londres.

MM.

30 octobre 1854.... — Heyfelder (fils), Saint-Pétersbourg.
3 janvier 1865..... — Holmes, Londres.
2 janvier 1865.... — Humphry (G.-M.), Cambridge.
31 décembre 1862.. — Hutchinson (J.), Londres.
16 janvier 1884..... — Julliard, Genève.
13 janvier 1869.... — Krassowski, Saint-Pétersbourg.
21 janvier 1885.... — Lewis Stimson, New-York.
6 juillet 1859...... — Larghi, Bologne.
16 janvier 1884..... — Lucas (Clément), Londres.
6 juillet 1859...... — Mac-Leod, Glascow.
12 janvier 1887.... — Maydl, Vienne.
22 octobre 1856.... — Mayor, Genève.
13 janvier 1864.... — Melchiori (Giovanni), Milan.
3 janvier 1883..... — Mosetig-Moorhof, Vienne.
3 janvier 1865.... — Neudörfer, Prague.
8 janvier 1868.... — Pemberton, Birmingham.
8 janvier 1862.... — Piachaud, Genève.
21 janvier 1885.... — Plum, Copenhague.
12 janvier 1887.... — Réverdin (A.), Genève.
6 juillet 1859...... — Ried, Iéna.
7 janvier 1880.... — Rose, Zurich.
11 août 1875....... — Rouge, Lausanne.
7 janvier 1880.... — Saboia, Rio-Janeiro.
2 janvier 1856.... — Sand-Cox, Birmingham.
3 janvier 1883..... — Sands, New-York.
31 décembre 1862.. — Sangalli, Pavie.
21 janvier 1885.... — Saltzmann, Helsingfors.
10 janvier 1877..... — Saxtorph, Copenhague.
20 mars 1867....... — Simon (John), Londres.
20 janvier 1886.... — Socin, Bâle.
3 janvier 1865.... — Stephen-Smith, New-York.
21 janvier 1885.... — Studsgart, Copenhague.
31 décembre 1862.. — Sperino (Casimir), Turin.
31 décembre 1862.. — Testa, Naples.
20 janvier 1886.... — Tiriar, Bruxelles.
11 janvier 1882..... — Zancarol, Alexandrie (Égypte).

La Société de chirurgie reçoit régulièrement les publications périodiques suivantes :

Abeille médicale. — Annales de gynécologie. — Annales des maladies de l'oreille et du larynx. — Annales des maladies des organes génito-urinaires. — Archives générales de médecine et de chirurgie. — Archives de médecine militaire. — Bulletin de l'Académie de médecine. — Bulletin de la Société anatomique. — Bulletin de la Société de médecine de Paris. — Bulletin et mémoires de la Société médicale des hôpitaux. — Bulletin général de thérapeutique. — France médicale. — Gazette hebdomadaire. — Gazette des hôpitaux. — Gazette médicale de Paris. — Gazette obstétricale. — Gazette d'ophthalmologie. — Journal de médecine de Paris. — Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — Moniteur thérapeutique. — Le Praticien. — Progrès médical. — Recueil d'ophtalmologie. — Revue de chirurgie. — Revue de médecine. — Revue médicale. — Revue des maladies de l'enfance. — Revue des sciences médicales. — Thérapeutique contemporaine. — Tribune médicale. — Union médicale.

Alger médical. — Annales de la Société de médecine de Saint-Etienne. — Bulletin de la Société de médecine d'Angers. — Bulletin médical du nord de la France. — Bulletin de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux. — Bulletin de la Société de médecine de Bordeaux. — Bulletin de la Société de médecine de la Sarthe. — Bulletin de la Société médicale de l'Aube. — Comptes rendus de la Société de médecine de Toulouse.— Comptes rendus de la Société des sciences médicales de Gannat. — Gazette médicale de Strasbourg. — Journal de médecine de l'Ouest. — Journal de la section de médecine de la Société académique de la Loire-Inférieure. — Journal de la Société de médecine de la Haute-Vienne. — La Loire médicale. — Lyon médical. — Marseille médical. — Mémoires de la Société de médecine de Lyon. —Mémoires de la Société de médecine de Nancy.—Mémoires de la Société des sciences médicales de Lyon. — Montpellier médical. — Revue médicale de l'Est. — Revue médicale de Toulouse. — Société médicale de Reims. — Union médicale du Nord-Est. — Union médicale de la Seine-Inférieure.

Annales de l'Association Larrey (Mexico). — Annals of Surgery (Brooklyn). — Boston medical and surgical Journal. — Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique. — British medical Journal (Londres). — Cronica-medico-quirurgica de la Habana. — Encyclopedia

medico-farmaceutica (Barcelone). — Escuela de medicina (Mexico). — Comptes rendus de la Société de chirurgie de Moscou. — Gazetta medica italiana lombardia (Milan). — Giornale internazionale delle scienze mediche (Naples). — L'Indipendente (Turin). — Journal and proceedings of the royal Society of New South Wales (Sydney). — The Practitioner (Londres).—Proceedings of the royal Society (Londres). — Proceedings of the pathological Society (Londres). — Revista internationale de Medicina e Chirurgia. — Smithsonian institution (Washington). — Transactions of the royal medico-chirurgical Society (Londres).

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La Société de chirurgie dispose de quatre prix : le prix Duval, le prix Laborie, le prix Gerdy et le prix Demarquay ; *les deux premiers sont annuels, les deux derniers sont biennaux.*

Le prix Duval a été fondé par Jacques-René Duval, membre de la Société de chirurgie de Paris. Le 12 juillet 1854, la Société a pris la décision suivante : « La Société de chirurgie de Paris, après une donation de M. Duval, fonde à titre d'encouragement un prix annuel de la valeur de 100 francs, en livres, pour l'auteur de la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année. Autant que possible, les recherches doivent porter sur un seul sujet, et s'appuyer sur des observations recueillies par l'auteur lui-même dans un service d'hôpital.

« Tous les auteurs, anciens et modernes, qui ont traité le même sujet, devront être indiqués, ainsi que la source précise des citations,

« Sont seuls admis à concourir, les docteurs ayant rempli les fonctions d'internes définitifs dans les hôpitaux, ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires ou de la marine. » Les aides-médecins de la marine nommés au concours sont assimilés aux internes des hôpitaux (4 novembre 1885).

Les thèses soutenues depuis le 1er novembre de l'année 1885 jusqu'au 1er novembre de l'année 1886 seront seules admises à concourir. Les candidats devront adresser franco deux exemplaires de leur thèse au secrétariat de la Société avant le 1er novembre 1886. Par la bienveillance de M. le Dr Marjolin, membre fondateur de la Société, le montant du prix Duval est porté de 100 à 300 francs à partir de 1886; le prix ne pourra être partagé.

Le prix Édouard Laborie a été fondé par Mme veuve Laborie, le 6 mai 1868. Il est annuel et de la valeur de 1,200 francs.

La Société a pris en 1868 les décisions suivantes :

« Le prix Édouard Laborie sera décerné chaque année dans la

séance solennelle de la Société (deuxième mercredi de janvier) à l'auteur du meilleur travail *inédit* sur un sujet quelconque de chirurgie adressé à la Société pendant l'année courante.

« Les auteurs sont libres de choisir les sujets de leurs mémoires; toutefois, la Société indiquera tous les six ans un sujet de mémoire pris parmi les points de la chirurgie dont le docteur Laborie s'est plus particulièrement occupé.

« Tous les docteurs et élèves en médecine, français et étrangers, sont admis à prendre part au concours.

« Les mémoires, écrits en français, en latin, en anglais ou en allemand, devront être envoyés (affranchis) à M. le Secrétaire général de la Société de chirurgie de Paris, 3, rue de l'Abbaye, avant le 1er novembre de chaque année.

« Les manuscrits doivent être adressés dans les formes académiques, c'est-à-dire non signés, mais portant une épigraphe reproduite sur la suscription d'une lettre renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat. »

Le prix Gerdy a été fondé par Vulfranc Gerdy, en souvenir de son frère P.-N. Gerdy, membre de la Société de chirurgie. Ce prix, fondé le 26 novembre 1873, est biennal et de la valeur de 2,000 francs.

Aux termes du testament, la Société doit indiquer la question à traiter par les concurrents.

La Société a décidé que la question serait toujours donnée deux années à l'avance, et que, d'ailleurs, les compétiteurs devraient se soumettre aux règles déjà adoptées pour le prix Laborie.

Le prix Demarquay a été fondé par Jean-Nicolas Demarquay, qui a légué à la Société de chirurgie une somme de 10,000 francs. Le prix est biennal. Le sujet, indiqué par la Société, est donné deux années à l'avance.

Après un rapport du Secrétaire général, lu en comité secret, le 16 décembre 1874, la Société a également décidé que les *membres titulaires* de la Société de chirurgie de Paris seraient *seuls exclus* des concours pour les prix Laborie, Gerdy et Demarquay.



BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

NOUVELLE SÉRIE

Séance du 5 janvier 1887.

Présidence de M. Horteloup.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Les mémoires et comptes-rendus de la Société des sciences médicales de Lyon, tome XXIV (1884) ;

3° *Revista dos Cursos praticos e theoricos de Faculdade de medicina de Rio de Janeiro*, années 1884, 1885 et 1886; envoyés par M. le baron de Saboia, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Rio-de-Janeiro ;

4° Diverses brochures de chirurgie, par M. le professeur Jeannel (de Toulouse).

A propos du procès-verbal.

M. Pozzi. Dans la dernière séance, M. Trélat, en faisant connaître les résultats de l'autopsie du jeune garçon auquel j'ai fait la

suture de l'intestin, a signalé le rétrécissement produit par les sutures sur l'une des anses. C'est qu'en effet, après avoir fait les sutures, nous avons, au dernier moment, trouvé une petite perforation qui nous avait d'abord échappé et qui siégeait au voisinage de la principale. Je dus me résoudre à y mettre une nouvelle suture, car je me trouvais dans l'alternative où de recommencer l'opération pour réséquer ce point de l'intestin, ou de me contenter de compléter l'opération qui avait déjà été longue. Comme il s'agissait avant tout de sauver la vie du malade, sauf à aviser plus tard, je pris le dernier parti. Si, dès le début, j'avais pu constater toute l'étendue des perforations siégeant en un point circonscrit de l'intestin, il n'est pas douteux que j'eusse fait la résection de l'anse entière à ce niveau.

Communication.

Du traitement des plaies de l'intestin par armes à feu,

Par M. Tillaux.

Dans les précédentes séances, MM. Pozzi et Trélat ont soulevé une question de pratique fort importante, relative au traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen par armes à feu, et spécialement des plaies de l'intestin grêle.

Au sein de la Société et dans une leçon publiée par la *Semaine médicale* (n° du 22 décembre), M. Trélat a formulé sur ce sujet des conclusions thérapeutiques que je ne saurais partager, et je vous demande la permission d'exposer brièvement la conduite que doit, à mon avis, suivre le praticien dans ces cas souvent fort embarrassants.

M. Trélat a émis deux propositions qui servent en quelque sorte de base à son argumentation :

1° Une plaie pénétrante de l'abdomen par arme à feu, siégeant dans la zone ombilicale ou dans les zones voisines, intéresse fatalement l'intestin grêle ;

2° Toute plaie de l'intestin grêle par arme à feu est fatalement mortelle.

La conséquence à tirer de ces deux propositions, c'est qu'un blessé atteint de plaie pénétrante de l'abdomen par arme à feu dans la région de l'intestin grêle doit être immédiatement soumis à la laparotomie, afin de pouvoir suturer l'intestin et éviter ainsi la péritonite consécutive à l'épanchement des matières intestinales.

M. Trélat ne pousse cependant pas la logique jusque-là, puisqu'il conseille pour intervenir d'attendre l'apparition des premiers symptômes de péritonite. C'est donc qu'il n'a pas une foi absolue dans les propositions précédentes. Je ne les crois pas, en effet, complètement exactes; ou plutôt elles sont exagérées.

Il existe des cas vérifiés par l'autopsie, et M. Le Dentu en a cité un dans la dernière séance, où une balle a pu cheminer entre les anses de l'intestin grêle sans les trouer. Mais je concède que les exemples en doivent être tout à fait exceptionnels. Ce que je conteste absolument, c'est qu'une plaie de l'intestin grêle, surtout faite par une balle de petit calibre, soit fatalement mortelle. M. Trélat dit bien que la statistique donne une mortalité de 99 0/0, mais je ferai remarquer que la statistique ne comprend que les cas suivis de mort et non ceux dans lesquels les blessés ont guéri, sans que l'observation ait été publiée.

Sans aucun doute, les plaies pénétrantes de l'abdomen sont infiniment plus graves que celles des autres régions, de la poitrine en particulier, mais est-ce à dire qu'elles ne soient jamais suivies de guérison spontanée? Il est bien probable que chacun de nous a rencontré dans le cours de sa pratique un ou deux cas au moins prouvant le contraire. Je ne rappellerai pour mon compte que le suivant. Entre dans mon service de l'Hôtel-Dieu un jeune homme qui avait reçu dans le ventre une balle de revolver de petit calibre au niveau de la région antéro-latérale gauche de la paroi abdominale. Le seul signe important fourni par le blessé fut de l'hématurie. Or, pour atteindre le rein, la balle avait dû traverser tout le paquet de l'intestin placé au-devant de cet organe. Ce jeune homme ne subit aucune opération et guérit.

Quelle conduite doit donc tenir le praticien en présence d'une plaie pénétrante de l'abdomen par arme à feu?

Laissons de côté les larges blessures à travers lesquelles s'engage parfois l'intestin ou qui fournissent au dehors un écoulement de matières intestinales. Il n'est pas discutable qu'il faut alors fermer au plus tôt la plaie de l'intestin et réintégrer ce dernier dans la cavité abdominale.

Mais voyons le cas que nous rencontrons le plus habituellement dans la pratique. Un sujet vient de recevoir dans le ventre une balle de revolver de petit calibre; nous constatons l'existence d'une plaie petite, sèche, ne donnant lieu à aucun écoulement et occupant, je suppose, la région de l'intestin grêle. Si les deux propositions précédentes sont vraies, il ne doit pas y avoir d'hésitation dans l'esprit du chirurgien, pas plus que lorsqu'il s'agit d'une hernie étranglée; il faut ouvrir tout de suite la cavité abdominale, faire une sorte de laparotomie préventive pour suturer l'intestin.

(Il ne s'agit pas, bien entendu, d'aller à la recherche du corps étranger.)

Or, le blessé se présente à nous sous trois états différents : tantôt, on ne constate aucun phénomène, ni local, ni général; rien n'indique que l'intestin ou un viscère quelconque aient été intéressés. Et cependant il est très probable qu'il existe une lésion sur l'intestin grêle. Mais il est très probable aussi que la plaie est très étroite, ou bien que l'intestin était vide au moment de l'accident, de telle sorte qu'il ne s'est épanché ni liquides, ni gaz dans la cavité péritonéale. Pratiquera-t-on la laparotomie sur ce sujet ? Peu de chirurgiens, je pense, seront de cet avis, et, dans tous les cas, ce n'est pas le mien.

Ce qu'il faut faire, c'est d'ordonner une immobilisation absolue et immédiate, une diète sévère et l'opium à haute dose; c'est de s'opposer, en un mot, à toute espèce de mouvements de l'intestin. On pourra ainsi favoriser entre les anses intestinales contiguës la production d'adhérences qui s'opposeront à un épanchement ultérieur dans la cavité abdominale, et nous savons avec quelle facilité et quelle rapidité se font ces adhérences.

Le blessé dont M. Trélat a rapporté l'histoire avait reçu la balle vers une heure de l'après-midi, et à cinq heures il se présentait lui-même à l'hôpital sans la moindre difficulté. Peut-être, depuis son accident, avait-il mangé et bu comme d'habitude. Il me paraît très probable que si cet homme avait eu le bonheur d'être soumis au traitement précédent immédiatement après la blessure, il eût guéri spontanément.

Dans un second cas, le blessé se présente dans un état tel que la lésion de l'intestin est certaine. Il s'est produit en effet, aussitôt après l'accident, un épanchement de gaz dans le péritoine, et ce n'est pas de la tympanite, car la région du foie est elle-même sonore à la percussion. Ou bien encore, il est survenu après quelques heures un point douloureux dans le ventre, un peu d'agitation, une élévation de température. Il existe donc un commencement de péritonite. C'est, d'après M. Trélat, le moment psychologique pour pratiquer la laparotomie.

Eh bien, je ne suis pas de son avis. Sans doute, la situation est très grave, le blessé court grand risque d'être emporté par une péritonite généralisée, mais ce n'est pas certain. Les symptômes peuvent résulter d'une péritonite localisée au pourtour de la blessure, et peut-être un traitement médical rigoureux parviendra-t-il à les enrayer. Et, d'autre part, de quel secours sera la laparotomie? Ne savons-nous pas que, pratiquée dans ces conditions, cette opération présente une gravité extrême, suffisante pour entraîner la mort par elle-même presque fatalement? On insiste avec raison sur

la nécessité de faire une exploration minutieuse de l'intestin afin de ne pas oublier un point perforé; mais cette recherche est pénible, expose pendant longtemps l'intestin au contact de l'air extérieur. Or, lorsque cette circonstance se présente au cours d'une ovariotomie, n'aggrave-t-elle pas singulièrement le pronostic?

Je m'abstiens donc d'opérer dans ce cas, c'est-à-dire lorsqu'il n'existe encore que de très légers signes de péritonite, parce que si le blessé possède encore quelques chances de guérir spontanément, l'ouverture du ventre ne peut que les diminuer.

Enfin la péritonite est confirmée. Elle est généralisée ou tend à se généraliser, et la mort du blessé paraît certaine. Faut-il alors songer à la laparotomie? Je ne vois aucun inconvénient à la proposer et à la pratiquer comme ressource suprême.

En résumé, au lieu de considérer la laparotomie préventive comme le traitement nécessaire obligatoire des plaies pénétrantes de l'intestin par arme à feu au début des accidents, cette opération me paraît à cette période plus nuisible qu'utile au blessé, et j'estime qu'elle n'est applicable qu'aux cas désespérés.

Discussion.

M. Després. Le jugement porté par M. Tillaux sur la conduite à tenir en présence de plaies pénétrantes de l'abdomen produites par les projectiles de petit calibre me paraît sage. Il est conforme aux résultats de ma propre expérience. Comme lui, je suis d'avis qu'il faut fermer la plaie, mais j'emploie pour cela une simple bande de diachylon. Cette bande doit être large, faire le tour de l'abdomen et exercer une certaine compression. Le blessé doit être maintenu à une diète absolue, même pour les liquides. On peut donner, en outre, l'opium à l'intérieur.

A l'appui de l'efficacité de ce mode de traitement, je rapporterai l'observation suivante :

P... (Auguste), typographe, jeune homme de 24 ans, s'était tiré une balle dans le ventre le 19 janvier 1881. Il est amené à l'hôpital, einq heures après l'aeeident, arrivé à 8 heures du soir, dans le jardin des Tuileries.

L'interne de garde, eroyant trouver la balle, introduit un stylet dans la plaie et pénétra si profondément qu'il s'arrêta heureusement.

Le lendemain, 20 janvier, à la visite, je trouvai une plaie pénétrante de l'abdomen par balle de revolver (ealibre 7^{mm}). La peau était brûlée au troisième degré autour du trou d'entrée de la balle. Le siège préeis de la plaie était à deux travers de doigt au-dessus et à gauehe de

l'ombilic. Le ventre était très ballonné, et le malade avait vomi des matières glaireuses. La fièvre était marquée par 38°,5.

Je plaçai une large bande de diachylon faisant une fois et demie le tour de l'abdomen et mis le malade à la diète absolue pendant trois jours.

Le cours des matières se rétablit le cinquième jour et la plaie était fermée le dixième jour. Le malade resta cependant à l'hôpital jusqu'au 19 février 1881. La brûlure du tégument avait demandé ce temps pour guérir tout à fait.

Dans un cas semblable, il est certain, pour moi, que la laparotomie eût ajouté aux dangers de la situation. Sans doute on a pu publier quelques rares succès après intervention, mais je sais aussi que bon nombre d'opérations ont été suivies de mort sans que les résultats en aient été publiés.

Si l'on opère avant la péritonite, peut-être y a-t-il quelques chances de succès; mais quand la péritonite est déclarée, le résultat fatal est inévitable. Je n'ignore pas qu'on a imaginé de faire, pour la péritonite, après avoir ouvert l'abdomen, le lavage de la cavité péritonéale; mais si l'on a pu obtenir ainsi des succès, c'est qu'il s'agissait de cas de péritonite chronique. Pour me convaincre, il faudrait pouvoir me citer un fait de guérison ainsi obtenue dans le cas de péritonite puerpérale.

M. Le Fort. Pour ne parler toujours que du traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen par des projectiles de petit calibre, je dois dire que je ne partage pas tout à fait l'avis de MM. Tillaux et Després. Sans doute, lorsqu'on se trouve en présence d'une de ces plaies, s'il ne se produit pas d'accidents immédiats, on peut attendre. Il y a de nombreux exemples de guérison, non seulement avec les projectiles de petit calibre, mais même lorsqu'il s'agit de perforations par des corps volumineux, tels que les baïonnettes.

La difficulté commence lorsque apparaissent les accidents. Or, si ces accidents se produisent, je crois que le blessé est perdu si l'on n'intervient pas. En effet, la péritonite, d'abord partielle, se généralise toujours. Il vaut donc mieux agir alors de bonne heure, et non pas seulement, comme le veut M. Tillaux, lorsque la péritonite est grave. Dans la péritonite traumatique, la laparotomie me paraît indiquée; mais il ne faut pas rapprocher de cette péritonite la péritonite puerpérale, dans laquelle intervient toujours l'élément toxique.

M. Pozzi. Il est très important, sans doute, dans l'étude des plaies par armes à feu de l'intestin, de tenir compte du calibre du projectile; mais il faut aussi envisager l'étendue de la plaie de l'intestin et sa direction. C'est ainsi que chez notre blessé la balle,

quoique de petit calibre, avait, par suite de la direction de son trajet, produit une plaie de 4 centimètres de longueur sur 1 centimètre de largeur.

Un autre point non moins important, c'est de savoir si un viscère a été blessé. Dans notre cas, c'est la blessure de la vessie qui nous a décidé à intervenir. J'insiste aussi sur la nécessité d'intervenir de bonne heure, et, s'il est possible, avant que douze heures se soient écoulées.

En ce qui concerne la péritonite puerpérale, je pense, comme M. Le Fort, qu'elle ne peut être rapprochée de la péritonite traumatique dont nous nous occupons.

M. Tillaux. Le point délicat et difficile, c'est de savoir à quel moment il faut intervenir. Pour moi, un commencement de péritonite ne suffit pas pour légitimer l'intervention, car cette dernière ajoute alors beaucoup à la gravité du cas. Je ne conseille pas non plus la laparotomie dans les cas désespérés; cependant, on peut la pratiquer, car les blessés n'ont rien à perdre et peuvent quelquefois en bénéficier. Les cas que je mets à part sont ceux où il y a des signes évidents d'épanchement dans la cavité péritonéale. Ce sont ceux-là qui réclament spécialement l'intervention.

M. Bouilly. Ainsi que j'ai déjà eu l'occasion de le dire, c'est la réaction péritonéale qui fournit les indications pour l'intervention. Mais cette réaction est très variable. Le péritoine, en effet, ne réagit pas de la même manière au contact des matières fécales, de la bile ou de l'urine. Si l'un de ces épanchements se produit, les accidents sont immédiats, et il faut opérer tout de suite. C'est, en effet, l'intensité de la réaction qui fournit l'indication. Dans un cas de ce genre, dont j'ai déjà donné l'observation, mon opéré a bénéficié de l'opération et pouvait être considéré comme sauvé, lorsque, au dixième jour, par suite d'une exploration regettable, des accidents nouveaux ont éclaté et ont entraîné la mort.

J'ai opéré aussi un blessé dans le service de M. Verneuil. Il avait reçu dans le scrotum un coup de couteau qui, par un trajet bizarre, avait été blesser une anse intestinale sur laquelle il n'avait produit d'ailleurs qu'une très petite plaie. La blessure remontait au jeudi soir, et je ne pus opérer que le samedi, alors que la péritonite était généralisée. Il y aurait eu guérison très probablement si l'intervention eût été immédiate.

Je dois dire que si la péritonite puerpérale ne guérit pas, on l'arrête du moins par les lavages intrapéritonéaux. Sur quatre cas dans lesquels je suis intervenu, la mort a eu lieu, mais une fois, la maladie a été enrayée d'abord et la mort est survenue ensuite

par le fait d'une pleurésie purulente développée sous l'influence de l'intoxication générale.

Dans un autre cas, j'ai arrêté, par la laparotomie et le lavage, une péritonite suraiguë déterminée par une hémorrhagie qui provenait d'un ulcère du duodénum. A l'ouverture de l'abdomen, je trouvai du sang et de la sérosité dans le péritoine. Les douleurs cessèrent et la mort ne survint, au bout de huit ou dix jours, que par suite d'une hématémèse très abondante.

M. Desprès. Pendant la guerre de 1870, j'ai eu plus d'une fois l'occasion de voir les résultats des blessures de la cavité abdominale par les projectiles. Les blessés continuaient à marcher quelque temps après leur blessure, puis ils étaient pris d'envie d'uriner, et alors des douleurs violentes se déclaraient; ils vomissaient, et souvent la mort survenait en quatre ou six heures, sans ballonnement du ventre.

Rapport.

Huit cas personnels de kélotomie (sept succès),
par M. Piéchaud (de Bordeaux).

Rapport par M. Farabeuf.

Ainsi que le dit l'auteur, la plupart de ces observations sont dénuées d'intérêt. Mais il en est trois qui peuvent arrêter quelques instants l'attention de la Société.

Une journalière de 42 ans est atteinte depuis longtemps d'une hernie crurale droite non permanente. A la suite d'un effort, une anse intestinale grosse comme un marron sort et s'étrangle. Taxis précoce, inefficace. L'opération, proposée quatorze heures après l'accident, n'est acceptée qu'à la fin du troisième jour.

L'anse intestinale est couverte d'une *phlyctène unique et totale*. Après le débridement, le péritoine, soulevé par la sérosité sanguinolente, crève et se détache complètement, laissant à nu la tunique musculaire dissociée et laissant voir çà et là de petites hernies de la muqueuse. Toute la surface intestinale est néanmoins vivante et saigne nettement sous les piqûres exploratrices d'une fine aiguille.

Lavages antiseptiques, réduction, excision du sac, drainage profond et superficiel.

Après la réduction, il s'était écoulé de la sérosité venant du péritoine abdominal. Les suites immédiates ne furent pas rassurantes, mais la guérison complète eut lieu néanmoins en dix-sept jours.

M. Piéchaud attire l'attention sur l'étendue à toute la hernie de

la phlyctène unique et sur l'utilité des piqûres d'aiguille pour déterminer si l'intestin peut être réduit.

Dans un autre cas, les piqûres lui ayant donné du sang partout, ce chirurgien a osé, malgré l'avis d'un confrère, réduire une hernie en fort mauvais état, et le succès a récompensé son audace une fois de plus.

Je n'insisterai pas sur l'histoire du seul échec rapporté dans le mémoire de M. Piéchaud. Il eut la main forcée et consentit à opérer très tard une énorme hernie. L'intestin, perforé en plusieurs points, reçut des sutures en bourse et fut réduit : la mort vint en quelques heures.

Les conclusions du rapport (remerciements adressés à l'auteur et dépôt de son travail aux Archives) sont mises aux voix et adoptées.

Rapport.

Deux cas de désarticulation de la hanche par le procédé de dissection, par M. Piéchaud (de Bordeaux).

Rapport par M. Farabeuf.

Les deux malades opérés par MM. Piéchaud et Lannelongue sont morts : généralisation du néoplasme dans un cas et septicémie dans l'autre. L'état général était très compromis avant l'opération.

M. Piéchaud a surtout voulu montrer les avantages du procédé opératoire qu'il dit avoir appris de moi dans les amphithéâtres de Paris.

Il avait affaire à un jeune garçon de 17 ans, atteint d'un volumineux sarcome du fémur droit, très affaibli par de longues souffrances, exigeant l'opération et paraissant incapable de perdre une notable quantité de sang. La tumeur s'était développée en moins de quatre mois à la suite d'une chute.

La bande d'Esmarch reste appliquée pendant l'opération pour conserver le sang du membre enlevé. La perte de sang totale ne dépasse pas 120 grammes, compensée peut-être et au delà par le sang refoulé. L'opération, y compris les ligatures préalables des artère et veine fémorales, dure six minutes. Lavage antiseptique, etc. Drainage, sutures profondes et superficielles, compression ouatée. Au bout de quelques jours, on reconnaît que les sutures profondes trop serrées ont déterminé un peu de sphacèle. De petites eschares existent aussi sur le sacrum et l'épine iliaque antérieure et supérieure. Des symptômes thoraciques se montrent bientôt, et l'autopsie montrera des nodules

néoplasiques dans les poumons et un épanchement pleural gauche. Les veines de la cuisse conservée deviennent douloureuses et le membre œdémateux. La phlébite oblitérante s'est propagée du côté opéré au côté sain, jusqu'à la jambe. Le caillot artériel même a envahi, sous forme d'un cordon effilé, l'artère iliaque du côté sain. La température s'élève à 40° ; le malade, tiré de temps en temps du coma par des crises dyspnéiques, s'éteint dans la vingtième journée après l'opération.

Le moignon n'est qu'en partie cicatrisé; profondément, dans le cotyle et la capsule, il suppure, et, superficiellement, les parties sphacelées ne se sont pas couvertes de bourgeons charnus de bon aspect.

M. Lannelongue a opéré une femme de 33 ans, atteinte d'une tumeur fémorale droite, datant de dix ans, mais qui s'est accrue rapidement et s'est ulcérée dans les derniers mois. Ganglions dans la fosse iliaque. Tumeur remontant jusqu'à quatre doigts du pli de l'aine. Anémie profonde.

Opération le 4 juin, perte de sang très minime, pansement de Lister. L'état local devient rapidement mauvais et l'état général fébrile amène la mort dans la cinquième journée.

La phlébite oblitérante de la veine iliaque paraît exempte de suppuration et n'a pas dépassé la veine cave. Le moignon est rempli de liquide fétide putrilagineux. Les poumons sont criblés de plaques et de noyaux cartilagineux.

M. Piéchaud a voulu seulement prouver qu'il était possible d'exécuter très vite le procédé hémostatique que j'ai conseillé en m'inspirant des recommandations de Roser, qui déclare avoir obtenu en 1856, à Marbourg, un succès par cette méthode sur un homme de 66 ans.

Personnellement, je suis heureux du travail de M. Piéchaud, mais un peu gêné pour approuver ses conclusions, qui viennent à l'appui de ce que j'ai écrit.

Le procédé est hémostatique, sûrement hémostatique, non seulement pour la première partie de l'opération, mais encore pour la coupe terminale des muscles postérieurs. Il peut être exécuté en six minutes, pourvu qu'on découvre largement les vaisseaux pour les lier facilement, et la capsule pour l'inciser dans toute sa longueur. Si l'on tente la réunion, il faut drainer absolument bien et se défier d'une tension ou compression un peu considérable des lambeaux.

Les conclusions du rapport (remerciements adressés à l'auteur et dépôt de son travail aux Archives) sont mises aux voix et adoptées.

Rapport.

Observations sur les restaurations de la face, par M. Auffret.

Rapport par M. Polaillon.

M. Polaillon fait un rapport oral sur le travail de M. Auffret, qui résume les principaux procédés usités pour les restaurations de la face, et donne une observation inédite d'opération suivie de succès, pratiquée pour un cancroïde de la région temporale à base de lupus. Ce cancroïde avait envahi l'angle externe des paupières et jusqu'à la conjonctive.

Les conclusions du rapport (remerciements adressés à l'auteur et dépôt de son travail aux Archives) sont mises aux voix et adoptées.

Lecture.

M. Reynier lit une note sur un cas *d'ostéomyélite chronique centrale suppurée diffuse du péroné, avec ablation de toute la diaphyse et régénération de l'os.*

Ce travail est renvoyé à une commission qui est composée de MM. Peyrot, Nepveu, Schwartz, rapporteur.

Présentation de pièce.

M. Bouilly présente un ovaire qu'il a enlevé ce matin sur une dame de 33 ans. Cet ovaire volumineux porte de petits foyers purulents disséminés dans son épaisseur. La trompe est hypertrophiée. Il s'agit probablement d'un cas *d'ovarite suppurée tuberculeuse.*

L'observation complète sera publiée ultérieurement.

Présentation de pièce.

M. Quénu présente une pièce de *perforation spontanée du rectum.*

Comité secret.

A cinq heures, la Société se forme en comité secret pour entendre la lecture de rapports :

M. Monod lit un rapport sur les titres des candidats aux places vacantes de *membres correspondants nationaux.*

M. Kirmisson lit un rapport sur les titres des candidats aux places vacantes de *membres correspondants et associés étrangers.*

M. Peyrot lit les conclusions du rapport de la commission pour *le prix Duval.*

Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées.

M. Kirmisson lit le rapport de la commission pour *le prix Laborie.*

Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées.

La séance est levée à 5 heures 25 minutes.

Le Secrétaire,
E. Delens.

Séance du 12 janvier 1887.

Présidence de M. Horteloup.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Les *Bulletins et Mémoires de la Société française d'Otologie et de Laryngologie.* Tome IV, 1er fascicule, 1887 ;

3° *Notes sur quelques résections et restaurations du pouce*, par le Dr Guermonprez (de Lille), membre correspondant national ;

4° *Notes sur deux observations de plaies par coups de feu de l'abdomen,* par le Dr Sevastopoulo (de Constantinople);

5° *De la castration chez la femme comme moyen curatif des troubles nerveux,* par le Dr Magnin.

A propos du procès-verbal.

Suite de la discussion sur les plaies pénétrantes de l'abdomen par armes à feu.

M. Trélat. Absent lors de la dernière séance, je n'ai pu prendre la parole pour répondre à M. Tillaux; mais j'attache une grande importance à donner mon opinion dans cette discussion, car j'ai la conviction que je suis dans la bonne voie.

Sur plusieurs des points qu'a examinés M. Tillaux, je me trouve d'accord avec lui. Oui, dans un certain nombre de cas, on observe la guérison de plaies pénétrantes de l'abdomen, sans intervention. Cela est incontestable. Aussi n'ai-je pas voulu adopter la doctrine professée par bon nombre de chirurgiens américains, à savoir que, dans les cas douteux de lésions de l'intestin, le devoir est d'explorer en pratiquant la laparotomie.

Mais c'est seulement par des observations précises que l'on peut arriver à juger les points importants de la discussion. Or, dans la plupart des cas terminés par la guérison, il n'est pas démontré que l'intestin fût intéressé. Ces faits ne peuvent donc être donnés comme des exemples certains de plaies de l'intestin.

Dans une précédente séance, j'ai formulé les propositions suivantes, que je crois devoir reproduire ici :

Lorsqu'on se trouve en présence d'une plaie pénétrante par projectile de petit calibre, il faut :

1° Faire la laparotomie immédiate, s'il existe des signes évidents de perforation ou une hémorrhagie abondante par la plaie;

2° Quand il n'y a pas de phénomènes immédiats, il faut guetter avec la plus grande attention la marche des accidents et pratiquer la laparotomie à la première apparition des signes de péritonite.

Pour justifier l'abstention, MM. Tillaux et Després disent que les plaies pénétrantes de l'abdomen ne sont pas fatalement mortelles. Mais chacun d'eux s'appuie seulement sur une ou deux observations personnelles.

Je crois que le débat, sur ce point, ne peut se juger qu'avec un nombre considérable d'observations. Or, j'ai dépouillé les statistiques que nous fournissent la guerre de Crimée, celle de la Sécession et celle du Danemark.

Voici les chiffres donnés par les auteurs :

Chenu a trouvé une mortalité de	92.6	0/0
Otis —	92	—
Alcock —	100	—

Cela veut dire, assurément, que les plaies pénétrantes de l'abdomen ont une mortalité redoutable. Mais Otis distingue : sur 653 cas de plaies intestinales, il trouve que 51 blessés ont guéri avec des plaies du gros intestin terminées par adhérences ou anus contre nature, soit une mortalité de 92.19 0/0. D'autre part, 5 cas seulement donnés, sans preuve positive, comme des plaies de l'intestin grêle ont été suivis de guérison, ce qui donne une mortalité de 99.23 0/0.

D'après ces documents, il est donc incontestable que les plaies pénétrantes de l'abdomen par projectiles de guerre sont des plus dangereuses, et l'on se demande comment leur pronostic pourrait être aggravé : les plaies de l'intestin grêle ne laissent presque aucune chance de survie.

Voilà pourquoi j'avais dit que ces plaies sont mortelles ; et en ajoutant, d'après ces documents, qu'il reste au blessé 77 dix-millièmes de chances de guérison, vous voyez dans quelle minime proportion cette fatalité est atténuée.

J'ai fait remarquer précédemment à M. Verneuil que le pronostic pouvait varier beaucoup suivant l'organe atteint. Pour le foie, il est moins grave. Mais quand on a vu sous quel aspect se présentent les plaies de l'intestin grêle, béantes, déchiquetées, on comprend mieux leur extrême léthalité.

J'arrive au point le plus important : il y a des gaz dans le péritoine, donc plaie intestinale. M. Tillaux, dans ce cas, dit : abstention. Moi, je dis : action immédiate. Jugez-en : vous venez de voir la mortalité naturelle de ces plaies, 99.23 0/0. Or, j'ai réuni dix observations de laparotomie avec sutures intestinales, ayant donné quatre succès. C'est donc une mortalité de 60 0/0 et une proportion de 40 0/0 de guérisons. L'écart est énorme, comme vous le voyez.

Peut-on dire, en présence de ces chiffres, que l'opération aggrave l'état des blessés? Blessés, ils n'avaient pas un centième de chance de guérison ; opérés, ils en ont 40 centièmes.

Notez, messieurs, que ces blessures sont complexes ; Baudens a sauvé par l'opération un chasseur dont l'intestin n'avait qu'un seul orifice, mais il y a dans quelques cas quinze ou seize blessures de l'intestin. La moyenne est de quatre.

Il y a des cas de plaies artérielles redoutables et de blessures vasculaires, comme celles de la veine cave inférieure, mortelles,

malgré toute intervention. Notez encore qu'il y a les perforations méconnues, c'est-à-dire les opérations sans succès possible.

Autrefois, d'ailleurs, on se contentait d'agrandir la plaie de la paroi; on n'attirait pas au dehors l'intestin. Aujourd'hui même, les opérations sont souvent trop tardives. Ce sont là autant de causes nouvelles d'insuccès.

Enfin, il y a des causes de mort que nous ne connaissons pas encore et qui nous surprennent. Sur l'opéré de M. Pozzi, le rétrécissement constaté était insuffisant pour empêcher le passage des liquides et des gaz; il en était de même sur mon opéré. Chez tous les deux, l'atonie de l'intestin, jurant avec l'intégrité et la solidité des sutures, appelait peut-être l'emploi de quelque moyen propre à réveiller la contraction intestinale, et je me demande si plus tard il n'y aura pas lieu de recourir à l'électrisation dans ces cas.

Déjà, en 1852, Nélaton, dont personne ne contestera la sagacité chirurgicale, disait : « Malgré la hardiesse des opérations nécessaires, ne vaut-il pas mieux étendre aux blessures par arme à feu de l'abdomen le bénéfice de la suture intestinale que d'abandonner le blessé aux éventualités d'un épanchement dont les conséquences sont le plus souvent funestes ? »

Baudens, Legouest, Pirogoff, Lobmayer, Beck, Gross, Otis, partagent cette opinion.

L'an dernier, à New-York, Bryant, Wright, Weis et Post disaient que dans les plaies par projectiles de moyen et de gros calibre et dans celles par projectiles de très petit calibre qui s'accompagnent de signes certains de perforation la laparotomie immédiate est absolument indiquée.

Je suis convaincu, pour ma part, que ces opinions sont celles de la majorité des chirurgiens, et que leur triomphe sera un progrès pour la pratique et un bénéfice pour les blessés.

M. Desprès. L'argumentation de M. Trélat est de nature à ébranler les convictions, et je suis tout près de m'entendre avec lui s'il veut bien faire quelques concessions.

Par exemple, je lui citerai le cas suivant, que j'ai observé dans mon service. Un individu reçoit une balle dans le ventre et crache du sang abondamment. Il a des signes de plaie du poumon en même temps que de plaie pénétrante de l'abdomen. M. Trélat eût-il opéré dans ce cas? Non, assurément.

De même, je ne suis pas d'accord avec lui pour les cas où il existe seulement quelques signes douteux de péritonite, et je continuerai, avec M. Tillaux, à m'abstenir en semblable occurrence.

Il ne faudrait pas faire intervenir non plus dans la discussion les faits de plaies produites par les grosses balles; elles ne sont

pas assimilables, pour leurs effets, aux petites balles de revolver.

Enfin, je me résumerai, en disant que les faits cités par nous, où la guérison sans intervention a été observée, doivent entrer en ligne de compte, et que la laparotomie faite d'emblée me paraît excessive.

M. Tillaux. Je ne puis guère que répéter ici ce que j'ai déjà dit. Je suis d'accord avec M. Trélat pour les cas dans lesquels il y a un écoulement de matières intestinales au dehors. Pour ceux-là, il faut intervenir d'emblée.

Mais j'ai laissé de côté les plaies produites par les gros projectiles; je n'ai voulu parler que de celles produites par les balles de petit calibre.

S'il y a une péritonite à marche caractéristique et rapide, je suis encore de l'avis de M. Trélat, et je crois à la nécessité de l'intervention.

Mais M. Trélat avait d'abord parlé de la simple douleur et de signes légers de péritonite comme légitimant l'intervention. C'est contre cette proposition que je me suis élevé.

En outre, la statistique de M. Trélat ne porte que sur des plaies produites par les armes de guerre; or, pour les plaies déterminées par des projectiles de petit calibre, nous pouvons lui opposer un certain nombre de faits de guérison sans intervention. Le blessé cité par M. Berger a guéri, et la plupart d'entre nous ont observé des faits analogues suivis de guérison et ne les ont pas publiés.

Je suis partisan de la laparotomie lorsque la plaie est récente et s'accompagne de signes évidents de blessure de l'intestin. J'en suis encore partisan lorsque la péritonite est manifeste; mais je la rejette lorsque les premiers signes de péritonite commencent seulement à apparaître.

M. Trélat. J'ai dû utiliser les documents de blessures par armes de guerre, par la raison que ce sont les seuls qui aient été réunis en nombre suffisant. D'ailleurs, elle ne diffèrent pas des autres blessures autant qu'on pourrait croire. J'ajoute que ces statistiques comprennent tous les cas de plaies, aussi bien celles qui ont été suivies de mort que celles qui ont guéri.

Parmi les faits qui ont été cités au cours de la discussion, j'ai déjà dit pourquoi je ne pensais pas que celui de M. Berger pût entrer en ligne de compte. Je ne repousse pas les faits dont MM. Tillaux et Desprès nous ont donné la relation, mais je demande quelles sont les preuves établissant que, dans ces cas, l'intestin même avait été réellement blessé.

Chez le jeune garçon opéré par M. Pozzi nous avions, au contraire,

la preuve mathématique que la masse intestinale avait été traversée, puisque la vessie avait été intéressée, comme le démontrait l'hématurie.

Présentation de pièce.

M. Lannelongue présente une pièce de *luxation pathologique de la hanche* provenant d'un jeune enfant qui a succombé à la diphthérie.

Luxation pathologique de la hanche consécutive à une ostéomyélite limitée à la tête du fémur et compliquée d'arthrite. — Mécanisme des luxations dans les ostéo-arthrites infectieuses.

L'observation suivante, appuyée par les pièces anatomiques que je mets sous vos yeux, me paraît offrir un intérêt digne de fixer votre attention. C'est d'abord un exemple très rare d'ostéomyélite aiguë primitive de la tête fémorale ; les altérations sont limitées exclusivement à la tête, c'est-à-dire à la partie du squelette placée au-dessus du cartilage épiphysaire, et c'est là un fait tout à fait exceptionnel, que je n'ai rencontré que deux fois, une fois dans l'épiphyse supérieure du tibia, une autre fois dans l'épiphyse inférieure du radius. Je crois cependant que le siège primitif de l'ostéomyélite dans les épiphyses, dans la partie de ces éminences comprises, chez les jeunes sujets, entre le cartilage épiphysaire et le cartilage permanent, est peut-être assez commun, bien que le fait n'ait pas été signalé ; mais il échappe parce que les désordres gagnent promptement la région diaphyso-épiphysaire et il devient alors difficile d'établir l'ordre suivant lequel s'est faite la progression des altérations. Quoi qu'il en soit, chez l'enfant de 7 ans qui m'occupe, on voit manifestement que l'affection est confinée dans la tête fémorale proprement dite ; le col fémoral, le grand et le petit trochanter, le corps du fémur, sont absolument sains.

Il est probable que si le sujet avait vécu les désordres se seraient étendus du côté du col, mais cela n'a pas eu lieu, et nous avons surpris l'affection cantonnée dans la tête elle-même.

Cette ostéomyélite a déterminé consécutivement une arthrite suppurative de l'articulation coxo-fémorale, et on suit la progression des désordres depuis l'intérieur de la tête fémorale jusque dans la cavité articulaire ; des taches purulentes, des traînées arrivent du centre de la tête jusqu'à sa surface, et le cartilage permanent a totalement disparu.

Les conséquences de cette arthrite sont à leur tour d'autant plus

dignes d'être mises en relief qu'une luxation complète en a été le résultat, et qu'on peut aisément se rendre compte, d'après l'examen de la pièce, du mécanisme de la luxation elle-même. Or, on n'a pas eu souvent l'occasion de faire des autopsies semblables, de telle sorte que la théorie des luxations en pareil cas repose sur des considérations qui n'avaient pas une sanction définitive, hors de la clinique. C'est ainsi, par exemple, que M. Verneuil fait jouer un rôle exclusif à l'action musculaire, influence, à mon gré, tout à fait insuffisante, même en ne considérant que les enseignements tirés de la clinique. J'avais depuis longtemps cette opinion que l'action musculaire ne saurait à elle seule produire des déplacements osseux sans altération préalable et parfois étendue des surfaces articulaires et de l'appareil ligamenteux. Certains faits cliniques observés par moi m'avaient fortifié dans cette manière de voir, mais je ne les avais pas publiés, attendant des preuves directes; aujourd'hui, je me sens à l'aise, car l'examen des pièces osseuses dans ce cas est démonstratif.

Il existe en effet des altérations osseuses étendues et des destructions notables de la capsule fémorale.

Du côté de la tête fémorale, le cartilage permanent ayant disparu totalement, le volume de cette tête est notablement diminué; de plus la surface de la tête est un peu irrégulière par suite de dépressions existantes. Le ligament rond a disparu sans qu'on en retrouve aucune trace.

Les altérations du cotyle sont plus frappantes encore, le cartilage permanent qui tapisse tout le fond du cotyle n'est plus partout continu ; il a disparu par places, et là où il est conservé il est d'une minceur extrême et se détache facilement. Ce n'est pas tout : sur le *bord postéro-inférieur* du cotyle, le sourcil cotyloïdien a disparu, le disque fibro-cartilagineux fait défaut dans une étendue de plus de 3 centimètres. Bien plus, le cartilage permanent qui recouvre le bord osseux du cotyle à ce niveau, et qui est recouvert par le disque fibro-cartilagineux, a disparu aussi, de telle sorte que le bord osseux du cotyle est à nu. Il y a donc eu en ce point une perte de substance par ulcération du cartilage permanent et du disque, ce qui amène un agrandissement considérable du cotyle dans le sens postérieur.

Enfin, on lira dans l'observation que la capsule fibreuse était ulcérée en plusieurs points, notamment en arrière, où les insertions, sur tout le bord postérieur du cotyle, sont détruites, de telle sorte que la capsule se perdait en se confondant en arrière sur les muscles profonds.

Si l'on résume ces altérations, on peut les formuler ainsi : diminution de volume de la tête fémorale, agrandissement du cotyle par

ulcération de son bord postérieur, destruction partielle de la capsule qui est ulcérée à ses attaches, surtout en arrière, disparition totale du ligament rond.

On ne saurait réaliser des conditions plus avantageuses pour la production d'une luxation pathologique. Quant au sens du déplacement, il était dicté en quelque sorte par le siège des altérations capsulaires et par l'ulcération du cotyle; il a suffi, étant donné ces altérations, d'une attitude physiologique un instant favorable, comme la flexion de la cuisse combinée avec la rotation en dedans. Or, l'articulation étant pleine du pus, cette attitude a dû certainement se produire par la fait de la présence d'un liquide intra-articulaire, tout comme aussi un mouvement du sujet dans son lit aurait pu amener le même résultat.

Au surplus, l'épanchement purulent intra-articulaire avait fait irruption dans la bourse du psoas et se prolongeait fort loin dans la gaine du muscle.

Le jeune malade a eu d'abord le croup, puis, opéré de la trachéotomie, il était en voie de guérison, lorsque survint un érysipèle du cou et de la tête partant de la plaie. On doit donc se demander sous laquelle de ces deux influences diphthéritique ou érysipélateuse est survenue l'ostéomyélite de la tête fémorale. Je n'hésite pas à me prononcer et à dire quo l'infection érysipélateuse occupe le premier et peut-être l'unique plan ; elle seule a suffi pour amener la localisation infectieuse dans la tête fémorale, de laquelle est résulté l'arthrite purulente destructive, et ultérieurement la luxation pathologique. Le mécanisme par lequel s'est accomplie la luxation dans ce fait ne me paraît pas une exception, mais la règle, et je fournirai prochainement une série d'observations cliniques qui le confirment en tous points.

Observation.—Roux (Marie), âgée de 7 ans, entre, le 9 décembre 1886, au pavillon Bretonneau, atteinte d'angine diphthéritique et de croup. Elle est opérée dès son arrivée à l'hôpital.

Le 15 décembre, elle présente un érysipèle qui débute par les bords de la plaie de trachéotomie, et de là gagne le cou, la joue gauche et la partie supérieure de la poitrine. Elle commence en outre à se plaindre de douleur au niveau du genou droit. Les extrémités inférieure et supérieure du fémur sont légèrement gonflées et douloureuses à la pression. La température, qui jusqu'ici oscillait autour de 38°, présente une ascension jusqu'au 20 décembre et monte successivement à 39°,40 et 40°,5.

Le 21 décembre, la température vespérale est de 39°,6. On constate que le genou est encore gonflé et douloureux. Le fémur est douloureux à la pression sur toute sa longueur et paraît un peu augmenté de volume, mais c'est surtout l'extrémité supérieure qui paraît prise ;

toute la région de la hanche est empâtée et très douloureuse à la pression et dans les mouvements ; on porte le diagnostic : *ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur.*

Le 23 décembre, la température oscille de 38° le matin à 39°,5 le soir.

On trouve le même empâtement de la racine de la cuisse, et en explorant avec soin la fosse iliaque droite on y constate de la fluctuation profonde ; à la racine de la cuisse, en dehors des vaisseaux, on trouve aussi de la fluctuation, et il semble que les deux collections communiquent : le grand trochanter est très douloureux à la pression.

Le 26 décembre, la douleur est localisée au niveau du grand trochanter. La tuméfaction constatée dans la fosse iliaque et à la racine de la cuisse a diminué, et on ne constate plus nettement la fluctuation.

Le 29 décembre, on trouve un changement considérable dans l'attitude du membre et dans l'aspect de la hanche.

La malade est couchée sur le côté gauche ; la cuisse droite est fléchie en adduction et en rotation interne. D'autre part, le grand trochanter est très saillant et paraît remonté ; on sent la tête du fémur luxée en arrière de la cavité cotyloïde.

La malade passe dans le service de chirurgie, le 4 janvier.

A ce moment, l'état général est très gravement altéré, la malade est pâle, amaigrie, l'appétit est nul, la température présente de grandes oscillations. La respiration est très gênée, et à l'auscultation on constate, du côté gauche, de la diminution du bruit respiratoire ; à la percussion, on trouve de la matité du même côté. La plaie trachéale est très large et ne présente aucune tendance à la cicatrisation.

Examen de la hanche. — Le membre inférieur droit est *allongé* et en complète *rotation interne.* Le genou repose sur le plan du lit, par le condyle interne du fémur, la jambe porte sur la face interne, et le bord interne du pied porte aussi dans toute sa longueur. Raccourcissement apparent considérable : 8 à 10 centimètres. La hanche est très volumineuse, le grand trochanter fait une saillie considérable. Il est reporté en avant et manifestement remonté. Au-dessus du grand trochanter, on trouve un gonflement assez considérable remontant jusqu'à la crête iliaque et s'étendant en arrière dans la fosse iliaque. Cette tuméfaction est fluctuante.

Du côté malade, le grand trochanter est situé à 2 centimètres au-dessus de la ligne étendue de l'ischion à l'épine iliaque antéro-supérieure. Du côté sain, il reste à 1 centimètre au-dessous de cette ligne.

L'enfant succombe le 7 janvier.

Autopsie. — En ouvrant la fesse sur la tête fémorale, on reconnaît une luxation complète postérieure ; la tête se meut très aisément dans une vaste cavité purulente ; il est facile de réduire la luxation et de la reproduire. Le ligament rond n'existe plus et la capsule est elle-même profondément atteinte en plusieurs points.

L'articulation de la hanche est remplie par une notable quantité de pus. La collection purulente pénètre en avant dans la gaîne du psoas

par trois orifices situés sur la partie antérieure de la capsule. Elle remonte aussi dans la fosse iliaque sous les muscles psoas et iliaque, jusqu'au niveau de l'articulation sacro-iliaque. En arrière, la collection purulente se prolonge, d'une part, en haut sous les fessiers vers la crête iliaque et l'épine antérieure et supérieure; d'autre part, elle s'étend dans le petit bassin en suivant la face profonde de l'obturateur interne.

Le ligament capsulaire est détruit; à la partie postérieure en avant, il présente trois perforations qui répondent à la face profonde du psoas.

Le ligament rond est détruit; on en trouve quelques débris dans le fond de la cavité cotyloïde.

La cavité cotyloïde est élargie sur le bord postéro-inférieur. A ce niveau, le bourrelet cotyloïdien est *détruit* et l'*os mis à nu*. Au niveau de l'arrière-fond, l'os est aussi dénudé et rugueux. Des lambeaux de cartilage flottent, détachés de la cavité.

Examen de la tête fémorale et du fémur. — La tête fémorale présente par endroits une coloration blanche; dans d'autres points, elle est rosée. Elle est complètement dépouillée de son cartilage permanent, et le tissu osseux apparaît éburné sur la plus grande partie de la surface; en quelques points existent des érosions de ce tissu. En pratiquant au couteau une coupe verticale de la tête et du col fémoral jusque dans la diaphyse, on constate les altérations suivantes, qui sont exclusivement limitées à la tête, ou plutôt à l'épiphyse proprement dite. Au-dessus du cartilage épiphysaire, il existe des taches jaunâtres d'infiltration purulente; le tissu est raréfié par places, et on peut suivre des traînées purulentes jusqu'aux érosions de la surface; c'est le type le plus net de l'infiltration purulente de l'ostéomyélite. Le cartilage épiphysaire est normal, sauf en un point très limité, où existe une tache purulente et où il y a déjà un commencement de travail de décollement. Au-dessous du cartilage épiphysaire, le tissu osseux du col fémoral, du grand trochanter et du fémur est parfaitement sain; la coupe de ces parties n'y fait reconnaître aucune altération. Tous les désordres sont exclusivement limités à l'épiphyse proprement dite, c'est-à-dire à la tête fémorale, et ils ont été l'origine de l'arthrite purulente précédemment décrite.

Discussion.

M. Verneuil. Sur la pièce que nous présente M. Lannelongue, je trouve réunies toutes les lésions que j'ai précédemment considérées comme nécessaires pour amener la luxation, à savoir, les altérations des parties molles avec relâchement de la capsule — les altérations des os — enfin les attitudes vicieuses résultant de la contracture musculaire.

M. Le Dentu. J'ai observé à l'hôpital Saint-Louis un jeune homme de 18 ans, chez lequel la luxation de la tête fémorale en

arrière se produisit sous mes yeux. Ayant pratiqué la résection, je pus constater les altérations de la cavité cotyloïde, que je dus même ruginer avec la gouge. J'ajouterai que ce jeune homme a fini par succomber.

M. Lannelongue. Les faits analogues ne sont pas aussi rares qu'on pourrait croire. Ils se rencontrent surtout dans les cas d'ostéites infectieuses. M. Verneuil a attiré l'attention sur ces luxations spontanées au cours d'affections aiguës, mais il a fait jouer un rôle prédominant à l'action musculaire. Or, je ne crois pas que cette action seule soit suffisante pour produire la luxation. Il faut, selon moi, qu'elle soit précédée de la destruction du bord du cotyle. J'avais depuis longtemps cette conviction, et l'autopsie récente que j'ai faite est venue me fournir la preuve qu'elle était fondée.

Présentation de pièce.

M. le Dr Blet présente un monstre humain de la classe des *cyclocéphaliens*, genre *rhinocéphale* d'Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, né à terme, mais n'ayant vécu que deux minutes. Il mesure 50 centimètres et pèse 2,800 grammes. Il porte un œil unique formé par la réunion des quatre paupières, mais sans globes oculaires et surmonté d'une trompe cylindrique de 2 centimètres et demi de longueur présentant un très petit pertuis à son extrémité libre, et formée par les ailes du nez, qui n'ont pu prendre leur place normale.

La bouche est très petite. L'enfant porte, en outre, un double pied bot varus. Il est cryptorchide et la verge est rudimentaire.

(Renvoyé à l'examen de M. Magitot.)

Élections.

La Société procède, par la voie du scrutin, à l'élection de deux associés étrangers, de deux correspondants étrangers et de trois correspondants nationaux.

Élections du 12 janvier.

ASSOCIÉS ÉTRANGERS.

Nombre de votants, 27; majorité, 14.

M. Thompson (de Londres), élu.......... 27 voix.
M. Albert (de Vienne), élu.............. 27 —

CORRESPONDANTS ÉTRANGERS.

Nombre de votants, 26; majorité, 14.

M. A. Reverdin (de Genève), élu .... 26 voix.
M. Maydl (de Vienne), élu .... 22 —
M. Cecherelli .... 4 —

CORRESPONDANTS NATIONAUX.

1er *tour*. — Votants, 29; majorité, 15.

M. Bruch (d'Alger), élu .... 17 voix.

2e *tour*. — Votants, 29; majorité, 15.

M. Mouchet (de Sens), élu .... 16 voix.

3e *tour* (scrutin de ballottage). — Votants, 29.

M. Heydenreich (de Nancy), élu .... 13 voix.

La séance est levée à 5 heures 35 minutes.

Le Secrétaire,
E. DELENS.

Séance annuelle du 19 janvier 1887.

ALLOCUTION DE M. HORTELOUP, PRÉSIDENT SORTANT

MESSIEURS ET CHERS COLLÈGUES,

L'année qui vient de s'écouler n'aura pas été sans importance pour la Société de chirurgie, car elle lui a permis de voir s'affirmer d'une façon incontestable l'existence du Congrès français de Chirurgie. Si l'idée première appartient à l'un de nos plus aimables correspondants, c'est l'accueil fait par la Société de chirurgie qui en a permis la réalisation.

Ce n'était pas une petite hardiesse que d'oser vouloir mettre en marche cette grande armée chirurgicale de France dont on n'avait jamais évalué la force, et qui allait être mise en parallèle avec celle d'outre-Rhin. Il y a dix-huit mois, c'était un premier engagement; mais cette année il fallait un résultat décisif; la seconde défaillance eût été vite exploitée comme une véri-

table déroute dont la Société de chirurgie n'eût pas senti seule le dur contre-coup.

L'appel que vous avez fait a été entendu, et, grâce à l'entrain avec lequel vous avez tous donné, le succès a été complet ; aussi je ne doute pas qu'en profitant de cette occasion pour accorder au Secrétaire général du congrès, notre sympathique collègue, une haute récompense à laquelle il avait tant de droits, le gouvernement n'ait voulu montrer toute l'importance qu'il attachait à cette pacifique, mais patriotique victoire, dont vous avez le droit d'être fiers.

On pouvait craindre que le congrès ne détournât de votre tribune nombre de communications importantes, mais il n'en a rien été.

Les mémoires les plus variés, les observations les plus intéressantes n'ont cessé de vous être présentés, et nous avons vu plusieurs de nos confrères de province prolonger de quelques jours leur présence à Paris, pour pouvoir vous faire une lecture.

Lorsque j'étais à la place si bien occupée par mon ami M. Chauvel, j'ai souvent entendu vos présidents se plaindre que des discussions rouvertes à propos du procès-verbal absorbaient toute la séance au détriment d'orateurs précédemment inscrits; quoique les circonstances nous aient permis d'éviter cet écueil, il ne m'a jamais été possible, même dans les séances les plus rapprochées des vacances, d'épuiser l'ordre du jour. Un de mes regrets, en quittant la présidence, sera d'avoir trop souvent rappelé à nos futurs collègues le barbier qui, le lendemain, devait raser gratis, en leur faisant attendre trop longtemps un tour de lecture que je leur avais promis sûrement pour la prochaine séance. Lorsque, dans quelques années, ils occuperont cette place, j'espère pour la Société que les ordres du jour seront aussi chargés, et je suis sûr qu'ils m'excuseront.

Dans un instant, M. le Secrétaire va faire rapidement passer devant vous le résumé de vos travaux, et je ne doute pas que, par les applaudissements que vous accorderez à cet important rapport, vous ne vouliez aussi le remercier de la rédaction des procès-verbaux des séances, qui resteront de véritables modèles.

Plus heureux que nos ministres, M. Berger, notre habile trésorier, sait non seulement équilibrer son budget, mais, sans emprunts et sans nouveaux impôts, il sait nous le présenter avec un excédent de recettes de près de 1,600 francs. Aussi étions-nous tout prêts à lui accorder à l'unanimité un vote de confiance, lorsqu'il nous a demandé d'accepter sa démission et de désigner M. Schwartz pour le remplacer ; nous ne pouvions qu'accéder à ses désirs ; mais je crois être votre interprète en le remerciant de toute la peine qu'il a prise pour surveiller notre fortune.

En imposant au président sortant le devoir de vous exposer la situation morale et financière de la Société, nos statuts lui eussent donné une tâche bien agréable à remplir, si malheureusement il ne fallait pas compter les vides que la mort a faits dans nos rangs.

Ce n'est pas sans émotion que je vous rappellerai que celui qui, l'année dernière, vous présentait le compte rendu de vos travaux a été brutalement enlevé en quelques jours. Gillette était un travailleur auquel la fortune a rarement souri, et l'honneur que vous lui avez fait en l'appelant au Bureau a été une de ses dernières satisfactions.

Deux de nos membres honoraires, MM. Forget et Boinet, se sont éteints après de longues maladies.

Parmi nos correspondants nationaux, nous avons perdu MM. Decès (de Reims), Azéma (de la Réunion) et Courty, le célèbre gynécologiste de Montpellier; et parmi les correspondants étrangers, MM. Neudörfer (de Vienne) et Gamgee (de Birmingham).

Cinq de vos anciens présidents, MM. Labbé, Guéniot, Duplay, M. Sée et Trélat, vous ont demandé l'honorariat ; à l'unanimite, vous avez accueilli leur demande. Espérons qu'ils n'oublieront pas trop vite le chemin de la Société.

Cette véritable promotion d'honoraires nous a créé un grand nombre de vacances de titulaires; aussi avez-vous pensé qu'il n'y avait aucune urgence à demander la modification d'un des articles de vos statuts, fixant le nombre des titulaires à 35.

La crainte de voir frapper trop longtemps à notre porte nos jeunes chirurgiens des hôpitaux, beaucoup plus nombreux aujourd'hui qu'à l'époque de la création de la Société, le désir de pouvoir peut-être admettre plus aisément des chirurgiens appartenant à des branches spéciales de notre art, telles sont les excellentes raisons qui avaient fait naître cette proposition. Peut-être un jour s'imposera-t-elle? mais dans les circonstances actuelles, il n'y aurait aucune utilité.

Si on devait un jour toucher aux statuts de la Société, il ne serait pas inutile de se demander s'il n'y aurait pas nécessité à apporter quelques modifications pour les membres correspondants, dont les vacances sont très rares. Ne serait-il pas avantageux d'élever à l'honorariat les correspondants, après un certain nombre d'années, et d'éviter ainsi que d'habiles chirurgiens de province, découragés, abandonnent la lutte.

Nous avions trois places à donner et plus de quatre-vingts noms étaient sur la liste des candidats ; aussi n'a-t-il pas fallu moins de trois tours de scrutin pour nommer MM. Bruch (d'Alger), Mouchet (de Sens) et Heydenreich (de Nancy).

Vous avez élevé au titre de membres associés MM. Thompson

(de Londres) et Albert (de Vienne), et vous avez nommé membres correspondants étrangers MM. Auguste Reverdin (de Genève) et Maydl (de Vienne).

Enfin deux nouveaux titulaires auxquels je suis heureux de souhaiter la bienvenue, MM. Peyrot et Schwartz, sont venus prendre place au milieu de nous. Leurs travaux et l'amitié que nous leur portions les avaient depuis longtemps désignés à vos suffrages.

Avec de semblables recrues et sous la haute direction du savant collègue que vous avez appelé au fauteuil de la présidence, la situation de la Société ne déclinera pas.

En terminant, permettez-moi, Messieurs et chers Collègues, de vous remercier encore de l'insigne honneur que vous m'avez fait en m'élevant à la dignité de président de la Société de chirurgie ; mais je tiens particulièrement à vous exprimer toute ma gratitude pour les marques de sympathie que vous n'avez cessé de me prodiguer pendant les bonnes années que j'ai passées à votre Bureau ; j'en garderai le souvenir profondément gravé dans mon cœur, et je vous en serai éternellement reconnaissant.

COMPTE RENDU DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ

PENDANT L'ANNÉE 1886,

Par M. Delens, secrétaire annuel.

Messieurs,

L'article 20 de nos statuts, qu'aucune demande de revision n'a touché jusqu'à ce jour, impose à votre secrétaire l'obligation de rendre compte des travaux de la Société pendant l'année qui vient de s'écouler.

Mais, par suite de l'abondance toujours croissante des communications, cette tâche est devenue à peu près irréalisable.

Aussi, vous me pardonnerez, je l'espère, d'avoir fait un choix parmi nos richesses, et de vous renvoyer, pour le détail, à la table des matières de nos Bulletins, dont l'impression s'achève en ce moment.

Je me bornerai donc à vous rappeler sommairement les grandes discussions qui ont rempli nos séances pendant l'année 1886, me contentant d'y rattacher quelques travaux isolés dont la trace mérite de ne pas être perdue.

Si les discussions touchant à la *pathologie générale* n'ont pas été les plus nombreuses, nul ne contestera leur haut intérêt.

Vous n'avez certes pas oublié celle qui s'est élevée à propos des *portes d'entrée de l'ostéomyélite.*

Que l'ostéomyélite soit caractérisée par la présence d'un ou de plusieurs micrococques, c'est ce qui ne fait plus de doutes aujourd'hui. Mais si, comme tout porte à le croire, ces micrococques sont la cause de la maladie, quelle est leur voie d'introduction dans l'économie ? Est-ce le tube digestif ? Cela paraît improbable. — Sont-ce les voies respiratoires ? Peut-être ; mais les preuves font défaut. — Ne seraient-ce pas plutôt les excoriations épidermiques, les effractions tégumentaires, si nombreuses chez les enfants en particulier ? Telle est l'opinion qui a été soutenue devant vous. Si, jusqu'à nouvel ordre, elle doit encore être rangée parmi les hypothèses, elle a du moins pour elle la vraisemblance et gardera le mérite d'avoir éveillé l'attention des observateurs.

La discussion sur l'*origine infectieuse du tétanos* a une portée plus haute. Déjà l'année précédente des faits curieux de contagion vous avaient été signalés. Ceux qui vous ont été apportés dans la séance du 1er décembre dernier sont bien de nature à entraîner la conviction. Il semble qu'un agent infectieux encore inconnu dans son essence soit, chez le cheval, comme chez l'homme, nécessaire au développement de la maladie. On a même cru pouvoir conclure que le tétanos de l'homme était d'origine équine, et, malgré la force des arguments émis contre cette opinion, il faut reconnaître tout ce qu'elle a de séduisant et de plausible dans certains cas.

Je ne puis quitter le terrain de la pathologie générale sans rappeler les curieuses préparations qui vous ont été soumises et qui tendent à accroître singulièrement le rôle des infiniment petits dans l'étiologie des maladies chirurgicales. Vous avez pu examiner les nombreuses colonies de *Leptothrix* que renfermaient les caillots du cœur chez un malade mort d'infection putride, à la suite d'une périostite causée par une carie dentaire. Vous avez vu ces préparations de granulations palpébrales farcies de microbes. Microbiens aussi seraient les kystes sébacés. Mais je n'insiste pas, de peur de soulever des questions que la Société n'a pas discutées, parce que sans doute elle se sentait hors d'état de les trancher.

Si de la pathologie générale nous passons à la pathologie spéciale, il est impossible de n'être pas frappé de l'importance de plus en plus grande que prend la *chirurgie abdominale.*

La laparotomie s'applique aux affections les plus diverses. De l'ovariotomie, il est à peine besoin de faire mention : l'opération est depuis longtemps entrée dans la pratique courante. Mais la

castration double de la femme, l'*opération de Battey*, avait trouvé peu d'accueil, en France, jusqu'à ces dernières années.

Grâce aux efforts de quelques-uns de nos collègues, elle y a aujourd'hui droit de cité. Vous avez entendu ces relations si curieuses d'hystériques débarrassées, par l'ablation de leurs ovaires, des douleurs qui leur rendaient la vie insupportable. Quelques-unes semblent avoir été, du même coup, guéries de leur hystérie.

Le devoir de recourir à la laparotomie dans les cas de *grossesse extra-utérine* paraît aussi s'imposer de plus en plus aux chirurgiens, et non pas l'incision timide qui porte seulement sur le kyste menaçant rupture, mais la grande incision médiane, qui permet de bien voir et de bien faire. Telles sont, du moins, les conclusions d'un mémoire important qui vous a été lu et que rendent acceptables les perfectionnements de la chirurgie antiseptique.

Moins unanime a été l'opinion de la Société lorsqu'il s'est agi des applications de la *laparotomie* à la cure des *kystes hydatiques du foie*. Les méthodes efficaces que nous possédions déjà pour le traitement de cette affection autorisent les restrictions qui ont été faites par plusieurs d'entre vous.

Mais vous n'avez pas marchandé votre approbation à une tentative hardie de *suture intestinale et vésicale* dans un cas de plaie, par arme à feu, de l'abdomen. L'importante discussion qui s'en est suivie a pu mettre en lumière quelques dissidences lorsqu'il s'est agi de préciser les indications; mais la possibilité de remédier par la laparotomie et la suture aux plaies pénétrantes de l'intestin ne paraît plus contestée dans son principe.

Réhabilitée il y a quelques années à peine, l'*hystérectomie vaginale* pour cancer du col utérin est bien près aujourd'hui d'avoir dit son dernier mot en ce qui concerne le manuel opératoire et les soins consécutifs. A côté de quelques revers, plusieurs de nos collègues ont eu la satisfaction de voir se maintenir des guérisons datant déjà de plus d'une année. Les communications récentes qui nous ont été faites prouvent que les essais se poursuivent, et un avenir sans doute prochain nous dira dans quel cas et dans quelle proportion on peut espérer un résultat durable d'une opération dont tous les temps sont aujourd'hui bien réglés.

Mais, Messieurs, si vous avez accordé une attention particulière aux grandes opérations de la chirurgie abdominale, vous n'avez pas, pour cela, délaissé l'œuvre patiente qu'a toujours poursuivie la Société de chirurgie, œuvre moins brillante peut-être, mais essentiellement utile, qui consiste à fixer par un nouveau contrôle la valeur des opérations devenues classiques. C'est ainsi qu'est née la discussion sur l'*uréthrotomie interne,* à propos d'un substantiel

mémoire dans lequel 24 cas d'uréthrotomie étaient opposés à 24 cas de divulsion, sans que l'auteur se crût en droit de proclamer la supériorité de l'une de ces opérations sur l'autre. La discussion qui s'est engagée a permis à plusieurs d'entre vous de nous faire connaître dans leurs détails et dans leurs résultats les méthodes ou les procédés spéciaux qu'ils appliquent à la cure des rétrécissements de l'urèthre. Après avoir rempli un grand nombre de nos séances, elle s'est terminée par une imposante statistique de 459 cas d'uréthrotomie interne que nous a apportée un maître éminent. Lorsque de pareils chiffres peuvent être produits en faveur d'une méthode de traitement, sa cause est bien près d'être gagnée.

Par contre, une autre opération jusqu'à ce jour demeurée classiquo, la trachéotomie, serait à la veille d'être, dans bien des cas, remplacée par la *laryngotomie intercricothyroïdienne*, vaillamment défendue par plusieurs de nos collègues.

Comme opération préventive, toutefois, la *trachéotomie* a eu ses défenseurs convaincus dans une autre discussion, sur *l'ablation des tumeurs de la bouche et du pharynx*. Ce n'est pas sans quelque étonnement, peut-être, que vous avez entendu se produire les opinions les plus divergentes sur les causes de la mort chez les individus opérés de ces sortes de tumeurs.

C'est ici qu'il convient de rappeler les deux observations très intéressantes de *pneumotomie* qui vous ont été communiquées. Si l'opération d'Estlander n'a été en 1886 l'objet d'aucune communication et semble avoir perdu un peu de terrain, la résection d'une portion de poumon, qui, il y a quelques années, eût été taxée d'invraisemblable témérité, a déjà donné de beaux succès, et nul doute qu'elle devienne à brève échéance l'objet d'une discussion approfondie devant la Société.

Il me resterait encore à vous parler de la question du *massage dans les fractures* du péroné, si l'espoir de voir se produire de nouveaux faits propres à éclairer définitivement ce point de thérapeutique ne m'imposait l'obligation de suspendre un jugement encore prématuré.

Lorsque j'aurai ajouté que la plupart des sujets de la chirurgie courante ont été traités dans les nombreux travaux des titulaires et des correspondants de notre Société, que les présentations de malades, d'instruments et d'appareils ont apporté dans nos séances la diversité habituelle, vous aurai-je donné, Messieurs, un aperçu suffisamment exact de nos travaux pendant l'année 1886 ? Je n'ose l'espérer, mais je me reprocherais du moins de n'avoir pas rendu hommage à la courtoisie de vos discussions, qui n'a jamais obligé

la plume de votre secrétaire à émousser dans ses comptes rendus des traits trop acérés. Je manquerais encore à mes devoirs si, arrivé au terme de mes fonctions, je ne vous remerciais de votre bienveillance, qui me les a rendues faciles, et si je ne vous demandais de vouloir bien la reporter tout entière sur mon successeur.

NOTICE

SUR LA VIE ET LES TRAVAUX

DU PROFESSEUR BOUISSON, DE MONTPELLIER

Par M. CHAUVEL,

Secrétaire général.

Qui de nous, aux récits enhousiastes des concours de professorat, ne s'est pris à regretter ces luttes mémorables, d'où les vaincus eux-mêmes ne sortaient qu'avec honneur? Ces luttes, leur passé, déjà lointain, nous les fait encore plus brillantes, et nous maudirions volontiers ceux qui, pour les faire renaître, n'ont pas voulu s'affranchir des pratiques d'un régime moins que libéral.

Si cependant nous nous reportons à trente-six ans en arrière, que de critiques, que de plaintes. Nature des épreuves, composition du jury, mode de scrutin; rien n'échappait au blâme, et, repoussant même le principe, quelques-uns réclamaient nettement un mode de nomination qui tînt un plus grand compte des travaux antérieurs et des titres acquis. Ainsi battu en brèche par une partie du corps médical, mal vu par un pouvoir autoritaire qu'effrayait toute discussion publique, le concours ne pouvait tarder à disparaître; il fut supprimé en novembre 1851.

En cette même année, trois chaires étaient vacantes à la Faculté de Paris, et le concours pour la clinique chirurgicale s'ouvrait dans les premiers jours de février. Dix professeurs de l'École : Velpeau, Bouillaud, Moreau, Denonvilliers, Laugier, Rostan, Malgaigne, Roux, Jules Cloquet et Gerdy; cinq membres de l'Académie de médecine : Bégin, Réveillé-Parise, Gimelle, Hervez de Chégoin, baron H. Larrey, composaient le jury. Trois de ces juges : Roux, Gerdy, Cloquet, se retirèrent pendant les épreuves; ils ne prirent pas part au vote définitif.

Devant cette élite des chirurgiens de l'époque, une pléiade

d'hommes remarquables, déjà connus par leur enseignement, leurs travaux, leurs luttes, venaient se disputer la victoire. J'y vois Michon, Robert, toujours vaincus, toujours au premier rang; Jarjavay, Richet, Gosselin, dont l'avenir a réalisé le rêve; j'y vois Giraldès, Voillemier, Chassaignac, qui ne devaient avoir d'autre amphithéâtre que leur service d'hôpital; j'y trouve enfin Nélaton, chez lequel la sagacité, l'habileté de main, laissaient deviner le grand chirurgien, que nous avons connu, applaudi et regretté. Ainsi brillamment représentée, l'École de Paris semblait n'avoir pas à craindre une concurrence étrangère, et grande fut la surprise, quand on vit un chirurgien de la province s'inscrire parmi les compétiteurs.

Quel était l'homme assez confiant en lui-même pour disputer aux agrégés de Paris cette chaire si ardemment convoitée, assez audacieux pour courir à un échec presque assuré d'avance? Sur quels titres, quels travaux, quels succès s'appuyait sa folle entreprise? Ce candidat inattendu, bientôt concurrent redouté, était Bouisson, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Montpellier.

Fils d'un ex-militaire de l'Empire, longtemps administrateur de sa commune, Étienne-Frédéric Bouisson naquit à Mauguio, près de Montpellier, le 14 juin 1813. Par sa mère, fille d'un médecin distingué, il appartenait à la profession qu'il devait illustrer plus tard. Confié tout jeune encore à un oncle, grand industriel qui habitait Bordeaux, il fait dans cette ville toute son éducation. L'institution Worms, alors très renommée, le compte parmi ses meilleurs élèves. Doué d'une intelligence supérieure et d'une grande facilité de travail, avide de s'instruire, il se signale par ces qualités littéraires que nous retrouvons si frappantes dans ses nombreux éloges, dans sa brillante étude sur la Médecine et les poètes latins. Cependant, infidèle aux lettres, qui le réclament, Bouisson vient, à 16 ans, s'asseoir sur les bancs de l'école de médecine, à Montpellier, son pays.

Là, sous la direction de maîtres éminents, de Dubrueil, de Dugès, pour l'anatomie; de Lallemand, de Delpech, pour la chirurgie, chacune de ses années se marque par un concours, chaque concours par un succès. Aide d'anatomie en 1831, chirurgien interne à l'hôpital général en 1832, à l'hôtel-Dieu Saint-Éloi en 1833, il est en 1834 chef des travaux anatomiques de la Faculté, et docteur le 16 mai 1835. Sa thèse : *Fragments pour servir à l'histoire des altérations organiques du cœur*, se ressent de la hâte avec laquelle elle fut écrite. Nous lui préférons sa Clinique de la maison des aliénés de Montpellier (1833), et le mémoire sur l'anatomie et la physiologie des annexes du fœtus (1834), publiés dans les années précédentes.

C'est que jusqu'ici le brillant lauréat n'a pas trouvé sa voie, et dans son ardeur juvénile il aspire à tout embrasser. Cependant, en 1836, il se tourne vers la chirurgie, et vainqueur au concours de l'agrégation, il inaugure ses leçons par un intéressant tableau des progrès de l'anatomie à l'École de Montpellier. Mais le repos lui pèse, et comme le dit clairement l'épigraphe de sa thèse : *In diebus juventutis meæ*, à cet agrégé de vingt-trois ans, il tarde de faire ses preuves sur un plus grand théâtre. Ce théâtre, la Faculté de Strasbourg va le lui offrir. Vacante par la mort de Lauth, la chaire de physiologie est mise au concours en juin 1837. Bouisson, appelé par son ami Boyer, va la disputer à Poujol, à Broc, à Rameaux. Il charme son auditoire par sa parole élégante, il l'entraîne par son enthousiasme, et jetant par-dessus bord le *vitalisme abstrait* de Barthez et de Lordat, ses maîtres, il conquiert, en se rangeant sous la bannière du *vitalisme organique* de Bichat et de Chaussier, les suffrages d'un jury qui comptait dans son sein Coze, Ehrmann, Bégin et Forget. A l'âge où ses amis sont encore sur les bancs, il enseigne la plus belle peut-être de toutes les sciences, mais aussi la plus obscure et la plus difficile, la science de la vie.

Au moins son ambition est-elle satisfaite? La physiologie qui l'avait attiré semble ne l'avoir jamais conquis, et ses discours sur la certitude et sur l'avenir de cette science, leçons d'ouverture d'un enseignement magistral, ne sont que des hommages, non des contributions. Sa santé souffrait du climat rigoureux de l'Alsace; la froideur du génie local s'accordait mal avec son tempérament du Midi. Peut-être, au fond du cœur, regrettait-il ce lointain exil et le soleil plus chaud de son pays natal; peut-être le souvenir de ses premiers triomphes et de douces amitiés, de chaudes sympathies, le rappelaient vers la Faculté maternelle. Une chaire de pathologie externe étant devenue vacante à Montpellier, en 1839, par la mort de Dugès, Bouisson sollicite du ministre l'autorisation de prendre part à ce nouveau concours. M. de Salvandy, qui connaît sa valeur, lui offre de permuter. Il refuse, et pour que sa situation officielle ne lui soit pas un obstacle, il donne sa démission. Inutile de dire qu'elle n'est pas acceptée, et que le grand-maître de l'Université lui laisse toute liberté d'action.

Dix compétiteurs entraient avec lui dans l'arène. Si tous n'ont pas laissé leur trace dans la science, quelques-uns du moins, Jaumes, Chrestien, Alquié, se sont fait connaître par de remarquables travaux; les autres : noms ignorés de nous tous. Et cependant, ces hommes inconnus maintenant, ont un jour brigué la situation médicale la plus haute, une chaire de Faculté. Si le succès avait couronné leurs efforts, ils se seraient sans doute montrés à la

hauteur de leur tâche. Mais pour se préparer à la lutte, pour acquérir le talent de parole, la clarté, le brillant d'exposition, que d'années écoulées, je n'ose dire perdues, dont la postérité n'a pas souci.

Bien qu'il en soit, Bouisson, une fois encore, sortit vainqueur du combat; il fut nommé à l'unanimité. Sa thèse : *Parallèle entre la pathologie chirurgicale des écoles françaises et la pathologie chirurgicale des écoles étrangères*, témoigne d'une érudition peu commune; mais, ainsi qu'il le dit lui-même : un jugement sur de tels sujets ne peut être qu'individuel; l'un travaille d'un côté, l'autre travaille de l'autre, et chacun concourt pour une certaine part au progrès de la chirurgie.

Bouisson rentra dans la chirurgie par l'éloge de son prédécesseur Dugès, morceau délicat, où la forme, toujours séduisante, l'emporte parfois sur le fond, où abondent les aperçus ingénieux, les idées justes, les généralisations audacieuses; hommage éloquent à la mémoire d'un homme mort à quarante ans, sans avoir pu donner tout ce que promettaient ses nombreux et importants travaux. En quelques années, le jeune professeur publia : *Discours sur les qualités du chirurgien* (1840); *Études chirurgicales sur Hunter et Desault* (1842); *De la bile, de ses variétés et de ses altérations* (1843); *Études sur le chyle* (1844); *De la lymphe et de ses altérations pathologiques* (1845). Ces derniers travaux, œuvre d'un physiologiste et d'un médecin plus que d'un chirurgien, sont une réaction contre le solidisme trop exclusif de l'École de Paris et un retour vers un humorisme rationnel. Ils ne renferment que peu de vues originales, et depuis des années n'offrent plus qu'un intérêt historique.

Qui nous vaut des succès? D'où viennent nos revers? Question difficile que de récentes découvertes ont singulièrement éclairée, mais que toujours chacun de nous résout un peu à son avantage, au mieux de sa conscience et de ses convictions scientifiques. En 1844, le problème était plus délicat, et, rejeter avec Bouisson les opérations nouvelles, alors et audacieuses, augmentait la proportion des succès sans rendre compte des échecs. Laisser mourir sans opération innocente le chirurgien; la science n'en est pas compromise; mais le patient, que devient-il? Nous l'aimons mieux quand il plaisante la simplification outrée de Mayor, critique avec verve ceux qui ne confessent leurs erreurs que pour en tirer mérite; quand il s'élève avec vigueur contre l'industrialisme médical, plaie toujours béante que l'Association elle-même semble impuissante à fermer.

Appelé à l'Institut, Lallemand quitte, en 1845, la chaire de clinique chirurgicale qu'il occupait si brillamment à Montpellier depuis

nombre d'années. Bouisson brigue la place, et la Faculté demande, en sa faveur, une permutation aussitôt accordée. Le jeune professeur de clinique (il n'avait encore que trente-deux ans) inaugure sa prise de possession par une série de mémoires et d'articles dont nous citerons seulement : *Introduction à l'étude de la clinique chirurgicale* (1845); de l'*Extraction des phalanges nécrosées substituée à l'amputation des doigts;* sur les *Tumeurs syphilitiques des muscles et de leurs annexes* (1846); de l'*Éthérisation dans ses rapports avec la médecine légale;* des *Larmes sous les rapports physiologique et pathologique* (1847).

Malgré les nécessités de l'enseignement, malgré les exigences d'une clientèle qui s'étend chaque jour, malgré sa coopération active aux travaux de toutes les sociétés savantes de Montpellier, Bouisson ne cesse de produire. Il publie en 1849 : *Étude sur la cheiloplastie; Parallèle de l'éthérisation et de la chloroformisation;* de la *Lithotritie par les voies accidentelles;* en 1850, son *Traité théorique et pratique de la méthode anesthésique*, bientôt récompensé par l'Académie des sciences. Aux travaux de Lach et Chambert sur l'éther sulfurique, de Sédillot sur le chloroforme; aux observations cliniques de Simonin, à la thèse de Courty, succédait une étude complète, approfondie, de cette question toujours discutée. Des conclusions du clinicien de Montpellier, la plupart sont encore acceptées. Éther et chloroforme se partagent toujours les suffrages, et si l'École de Lyon a conservé sa prédilection pour le premier de ces anesthésiques, le second reste presque exclusivement employé dans les hôpitaux de Paris et dans les hôpitaux de notre armée. Bouisson, plus éclectique, réserve l'éthérisation pour les sujets nerveux, débilités, pour les opérations longues et graves; pour les périodes extrêmes de la vie. Élève de Sédillot, j'ai conservé de mes années d'internat une confiance absolue dans le chloroforme, et sans dire, avec mon illustre et vénéré maître, que *pur et bien administré, le chloroforme ne tue jamais*, sans nier ses inconvénients et ses dangers, je ne me sens pas disposé à l'abandonner pour une substance moins fidèle encore et non moins redoutable.

Tant de travaux, tant de succès, permettaient au jeune maître d'aspirer aux plus hautes destinées. A son talent mûri par les années et par un enseignement déjà long, Paris seul pouvait désormais fournir un champ assez vaste, et quand il se fit inscrire parmi les candidats à la chaire de clinique, le monde médical de la grande ville fut peut-être moins surpris qu'ému de cette compétition. Bouisson, dans cette lutte suprême, ne fut pas inférieur à son passé. Dans sa composition écrite, dans ses épreuves cliniques, il fit preuve de qualités supérieures, et sut mériter les acclamations

d'un auditoire attentif, aussi bien que les éloges d'une presse qui ne pouvait avoir pour l'étranger, pour le provincial, une bienveillance excessive. Sa thèse sur les *Vices de conformation de l'anus et du rectum* est une œuvre réfléchie, méthodique, et d'un mérite incontestable. Il sut la défendre avec vivacité, avec esprit, avec courtoisie, parfois avec succès, contre une argumentation aussi serrée que puissante. Improvisation facile, parole élégante, exposition lucide et brillante, sens clinique uni à une animation pénétrante, lui avaient attiré bien des sympathies. Il était, parmi les concurrents, celui que l'opinion publique désignait près de Michon, de Robert, comme digne de la première place. Aucun d'eux ne l'obtint, et les voix du jury, à peu près également partagées au premier tour, se réunirent à une faible majorité au scrutin de ballottage sur le nom de Nélaton. Mais, jusqu'au dernier vote, Bégin, Réveillé-Parise et Velpeau déposèrent dans l'urne un bulletin favorable au professeur de Montpellier.

Il ne nous appartient pas d'apprécier ou de réformer à trente-cinq ans de distance un jugement sur lequel les contemporains sont loin de s'accorder; mais si le choix de Nélaton était discutable au sortir du concours, l'avenir s'est chargé de montrer qu'un meilleur eût été difficile.

Après cet échec, qui le grandit encore, Bouisson rentre à Montpellier et reprend ses travaux à peine interrompus. Il nous est impossible de donner ici la liste complète de ses publications; nous signalerons seulement : *Nouveau procédé de suture intestinale* (1851); *Éloge du professeur Dubrueil* (1852); *Nouvelle étude sur la taille médiane* (1855-1856); et des *Mémoires sur l'hypospadias* (1857); la *Ventilation des plaies* (1858); le *Cancer des fumeurs et l'amputation du pénis* (1859-1860); le *Sarcocèle* (1863), contenus pour la plupart dans son *Tribut à la chirurgie*.

Avant d'entrer dans l'analyse de ces deux volumes, qui contiennent presque toute l'œuvre chirurgicale du maître, examinons un instant son rapport au ministre de l'instruction publique : *Sur la nécessité de rétablir le baccalauréat ès lettres pour obtenir le titre de docteur en médecine.* Issu du système que Fortoul avait décrété en 1852, simple bachelier ès sciences, je suis peut-être en situation délicate pour juger la question, et je pourrais me récuser; après tout, n'ayant pas de prétentions littéraires, je n'y mets pas d'amour-propre; je continue. Les lettres, dit Bouisson, éclairent le praticien, inspirent le professeur, affermissent l'écrivain; de fortes études sont nécessaires au médecin pour lui inspirer la philosophie, pour lui maintenir la considération nécessaire au rôle qu'il joue dans la société, pour le mettre au niveau des hommes les plus haut placés; il lui faut la connaissance des langues an-

ciennes pour pouvoir lire les ouvrages d'une autre époque, comprendre la valeur des mots dont il se sert chaque jour. Je répondrais aisément qu'écrire et professer ne sont pas le lot de tous, et que la philosophie s'apprend bien vite dans la pratique, car l'ingratitude des malades la rend fort souvent nécessaire; je dirais que les bacheliers ès lettres n'usent parfois du grec et du latin que pour les accoupler en des termes barbares; j'ajouterais que les puissants de ce monde ont pour les charlatans, zouave Jacob et autres, une prédilection bien connue, mais je n'aurais convaincu que ceux qui le sont par avance. Que dirait l'éminent professeur, à cette heure où le baccalauréat lui-même est attaqué de toutes parts, où sa suppression radicale est réclamée par des esprits fort distingués.

Pour moi, parler la langue des nations voisines, est actuellement une nécessité absolue pour qui veut se tenir au courant de la science. Lire ne suffit pas; il faut voir les étrangers chez eux, dans leurs écoles, dans leurs hôpitaux, dans leurs laboratoires. Si les études littéraires, classiques, sont compatibles avec la connaissance des langues vivantes, conservons-les précieusement. Les moments consacrés à la culture de l'esprit ne sont jamais des moments perdus, et l'agréable est parfois aussi précieux que l'utile, le superflu que le nécessaire. Mais si, pour conserver le latin et le grec, il nous faut sacrifier l'anglais et l'allemand, je ne crois pas que la médecine ait rien à y gagner.

Telle ne pouvait être l'opinion de l'homme disert et lettré qui écrivit l'histoire des bienfaiteurs de l'École de Montpellier et l'éloge de Lapeyronie (1864), résumant en quelques mots heureux l'œuvre considérable du fondateur de l'Académie de chirurgie, et le triple but qu'il sut donner à sa vie tout entière : libération de l'art, association des savants, tradition de leurs idées. Le baccalauréat ès lettres fut exigé pour la médecine. Le rapport de Bouisson y était-il pour quelque chose? J'aime à le croire; mais je me garde de l'affirmer.

Avec son activité, sa facilité de travail, son esprit toujours en éveil, Bouisson devait forcément songer à écrire un *Traité de chirurgie*. Ce traité, il l'avait en effet conçu, médité; il en avait même terminé les deux premiers volumes dès 1851 ; mais, effrayé par les difficultés, craignant de laisser derrière lui une œuvre imparfaite ou inachevée, il y renonça, pour réunir sous le titre de *Tribut à la chirurgie*, ses travaux les plus importants. C'est à la clinique qu'il a puisé les matériaux de ces volumes, à la clinique, échange entre la souffrance qui recherche les secours médicaux, et la science qui se perfectionne en prodiguant ses bienfaits : aussi il les dédie à ses élèves, à ses confrères, aux amis de la science,

aux hommes laborieux que n'épouvante pas l'étude délicate ou pénible d'un point particulier de la pratique.

Partisan de la réunion immédiate, véritable moyen préventif des accidents des plaies, il propose, pour la favoriser, l'issue directe des fils à ligature au travers de la peau et les sutures à plans superposés qui ne laissent ni vide ni sinus dans le foyer traumatique. La réunion primitive a-t-elle échoué: la ventilation périodiquement répétée recouvre la plaie d'une croûte artificielle, qui lui permet d'évoluer sans danger. L'idée n'était qu'ingénieuse. Plus juste était la pensée de rapporter à l'intoxication palustre et de traiter par le quinquina les hémorrhagies intermittentes, périodiques, qui compliquent les suites des opérations. Méjean et Delpech avaient entrevu cette origine des pertes de sang post-opératoires, Bouisson la rend indiscutable par des observations précises.

Pour démontrer la réalité des fractures longitudinales des os longs, il recourt à l'expérience, et l'expérience confirmant ses prévisions et apportant son appui aux rares observations publiées, montre que, soit par pression étendue, brusque ou lente, soit par l'action *divellente* d'un corps pointu écartant les fibres de l'os, on peut, à volonté, produire ces lésions. Un bel exemple de luxation traumatique de l'occipital sur l'atlas; une réduction d'un déplacement ancien de la mâchoire inférieure; quelques cas de déboitements peu communs du coude, de l'épaule, de la hanche, etc., constituent toute la partie relative aux affections articulaires. Nous préférons l'étude sur les tumeurs syphilitiques des muscles et des tendons. Bien que signalées déjà par Lagneau, Ph. Boyer, et surtout par Ricord, elles n'avaient pas été décrites avec le même soin; leur évolution, leurs signes, leur diagnostic, n'avaient pas été précisés.

Contrairement à ce qu'on eût pu attendre de la nature de son esprit et de ses aptitudes, Bouisson, négligeant les grands problèmes de la pathologie générale, semble se complaire à élucider quelques points limités de la chirurgie. Si son mémoire sur l'insuffisance des humeurs de l'œil nous étonne comme une œuvre d'imagination pure, il a le mérite d'avoir reconnu le premier, en France, l'ophthalmie pseudo-membraneuse et d'en avoir donné une description modèle. Son procédé de rhinoplastie latérale réalise l'heureuse idée de prendre les portions saines des fibro-cartilages pour support du bord inférieur des lambeaux empruntés à la joue, et d'assurer ainsi la régularité et la solidité du contour de la narine reformée.

Aux variétés connues du bec-de-lièvre, Bouisson ajoute quelques formes nouvelles; mais peut-être multiplie-t-il, un peu inutilement les degrés des malformations fissurales des lèvres. Voyant la réu-

nion des parties se faire par l'accolement des bourgeons charnus, après échec de la suture, il se demande, généralisant le fait, si la cautérisation graduée ne serait pas applicable, dans certains cas, à la cure de telles lésions. L'idée a fait son chemin. Une affection plus commune des lèvres et de la bouche, le *cancroïde*, l'épithélioma, nous vaut un violent réquisitoire contre le tabac, contre cette *herbe fétide qui a conquis le monde*, disait Michel Lévy, et ne l'a pas encore perdu. Sur 72 cas aujourd'hui, plus tard sur 212, Bouisson ne compte que des hommes, que des fumeurs incorrigibles. Sans doute il exagère; mais de combien? Je suis de ceux qui lui donnent raison, et pensent comme lui qu'une irritation répétée est souvent la cause première du développement de l'épithélioma.

La *suture implantée* pour les plaies de l'intestin n'est pas, que nous sachions, sortie de la période expérimentale. Nous pouvons dire aussi du *trois-quart kélectome*, et de la *fronde élastique* pour les fractures du maxillaire inférieur : nous avons mieux aujourd'hui. Tout au contraire, le procédé de Bouisson pour la ligature de l'artère fessière est resté classique, bien que ses indications n'aient peut-être pas toute la précision désirable. C'est qu'en substituant la section des faisceaux musculaires à leur simple écartement, il livrait au chirurgien une voie suffisante pour la recherche, toujours délicate, de ce vaisseau profondément caché.

Bouisson s'est toujours occupé avec une évidente prédilection des affections des voies urinaires. Conduit, dans un cas de calcul vésical compliqué de rétrécissement de l'urèthre et de fistule périnéale, à dilater le trajet fistuleux pour passer le lithotriteur et broyer la pierre dans la vessie, il saisit immédiatement tout l'intérêt de cette façon d'agir. S'il n'y a pas de fistule, pourquoi ne pas créer par la boutonnière, par la taille, un canal artificiel plus direct et plus court? Ce sera la *lithotritie périnéale*, car le mot lui appartient aussi bien que la chose. Et poursuivant cette idée, il tente de remettre en honneur la cystotomie la plus simple, la moins meurtrière, la *taille médiane* de Jean des Romains, de Collot et de Mareschal. Cette méthode presque oubliée, il la perfectionne, il la fait sienne, et s'appuyant sur de nombreux succès, il l'adopte, combinée avec le broiement, l'éclatement, pour les calculs volumineux, comme la seule façon rationnelle d'ouvrir le réservoir urinaire. Hélas! les progrès de la lithotritie par les voies naturelles ont singulièrement rétréci, chez nous, les indications de la taille, et la lithotritie périnéale reprise et modifiée, je n'ose dire améliorée, par Dolbeau a presque disparu de la pratique. La taille médiane ou *para-raphéale*, au contraire, garde ses indications chez les enfants pour les petits et les moyens calculs.

Maniant le bistouri avec dextérité, le professeur de Montpellior

s'en servait pour diviser la prostate dans son procédé de cystotomie. Il le préconise également pour l'amputation de la verge. Quand l'affection qui nécessite cette opération remonte jusqu'à la racine de l'organe, Delpech, dès 1832, après lui, Lallemand (1844), dédoublent los bourses, pour permettre au jet de l'urine de ne pas souiller les parties. Bouisson décrit avec un soin minutieux cette modification sous le nom de procédé des chirurgiens de Montpellier.

Les accidents que l'on veut ainsi éviter se retrouvent plus prononcés encore dans les degrés avancés de l'*hypospadias*, et si la chirurgie parvient dans certains cas à réparer les erreurs de la nature, ce n'est pas, ici du moins, sans de grandes difficultés. Patience du malade, habileté du chirurgien, constance de tous les deux, ne sont pas de trop pour arriver au but. Le détachement des adhérences scrotales, la section de la bride uréthrale, la division avec le ténotome de l'enveloppe et de la cloison des corps caverneux, remédient à l'incurvation de la verge; mais pour fermer la gouttière pénienne, pour refaire un canal, il faut, de nécessité, recourir à l'uréthroplastie. Le lambeau scrotal redoublé de Bouisson remplit-il convenablement le but? Très étroit et très long, il est trop exposé à la gangrène, et l'insuccès qui suivit la tentative de l'auteur se reproduirait presque forcément, si quelque chirurgien l'utilisait de nouveau. Nos collègues, M. Théophile Anger, M. Duplay, nous ont appris à mieux faire, ce qui n'enlève rien au mérite du maître de Montpellier.

Pour compléter une traduction du livre de Curling que celle du professeur Gossolin empêcha de voir le jour, Bouisson avait écrit sur l'orchite rhumatismale; sur l'affection tuberculeuse du testicule, sur l'hématocèle, ses variétés et son traitement, de véritables monographies. La *décortication parcellaire*, broiement des caillots fait avec un long stylet par la canule du trocart, qu'il conseille dans les cas moyens de cette dernière affection, expose à une suppuration gangréneuse; elle ne fut pas adoptée.

Dans le parallèle de Delpech et de Dupuytren, prononcé à l'ouverture de son cours de pathologie, en 1841, Bouisson, malgré ses prétentions à l'équité, diminue volontiers, pour surélever son premier maître, le mérite du chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Paris. La postérité plus juste a fait à chacun d'eux sa part, et celle de Dupuytren n'est certes pas la moindre; mais la vénération du disciple nuisait chez le jeune professeur à l'impartialité du juge. Il n'avait alors que 28 ans, et dans ces pages éloquentes, à côté de son amour pour la science, on voit percer déjà des rêves d'ambition et de gloire, des aspirations aux fonctions publiques, aux plus hautes dignités de l'État. L'*autorité*, dit-il, est la *couronne de la vieillesse*.

Correspondant de la Société de chirurgie et de l'Académie de médecine, dont il devint plus tard l'associé national, Bouisson est nommé, en 1863, correspondant de l'Institut, Académie des sciences. Le 12 août 1864, il est fait officier de la Légion d'honneur. Ses publications continuent. En 1863, mémoires sur le sarcocèle et l'ophthalmie par le soufrage des vignes; en 1864, étude sur la rhinoplastie partielle par double plan de lambeaux; en 1867, de la réunion immédiate dans l'opération de la taille; enfin, en 1869, intéressant travail sur l'amputation du pavillon de l'oreille, ses indications, ses procédés, sa valeur.

Doyen de la faculté de Montpellier en 1868, Bouisson, dont la santé déjà s'altère, abandonne la clinique et quitte l'hôpital; mais, ne voulant à aucun prix renoncer à l'enseignement, il prend des mains du professeur Moutet la chaire de médecine opératoire. Fort d'une longue expérience et d'une érudition peu commune, doué d'une mémoire prodigieuse et d'un véritable talent de parole, il ne s'abandonne pas cependant aux hasards de l'improvisation. Il travaille le jour, il travaille la nuit encore, pour se tenir au courant de cette chirurgie nouvelle, entreprenante, audacieuse, qu'il n'accepte pas pour lui-même, mais qu'il a le devoir d'enseigner à ses auditeurs.

La guerre de 1870 lui impose d'autres obligations, en l'appelant à l'administration des affaires publiques. Conseiller municipal de Montpellier depuis nombre d'années, il est nommé, le 8 février 1871, représentant à l'Assemblée nationale, par le département de l'Hérault. Il s'y fait bientôt une place. Membre de la commission des forces militaires, il est chargé du rapport sur l'état et le service sanitaire de l'armée, à la cessation des hostilités. Plus tard, membre de la grande commission de l'armée, il rédige au nom de la sous-commission des services administratifs, et dépose sur le bureau de la Chambre, dès 1872, un projet de loi sur la réorganisation du corps et du service de santé militaire. Dans ce projet, conclusion d'un rapport aussi éloquent que démonstratif, mais qui ne fût ni discuté, ni voté, notre éminent collègue posait les bases d'une *autonomie*, que la loi de 1882 a singulièrement modifiée et limitée. Plus logique, Bouisson plaçait sous la direction, sous l'autorité des médecins en chef, tout le personnel concourant à l'exécution du service et des sections d'infirmiers, il faisait des *troupes de santé*, mises en dehors de toute action de l'intendance. A ceux que l'opinion publique fait désormais responsables, parce qu'elle croit en leurs mains la direction et le pouvoir, le rapporteur de l'Assemblée ne refusait pas les moyens d'action. Espérons encore que cette solution, la seule rationnelle, sera quelque jour acceptée.

Mû par une généreuse pensée, l'honorable professeur veut de-

mander à une souscription publique, à des versements volontaires le payement de l'indemnité de guerre à l'Allemagne ; il s'inscrit en tête de la liste pour une somme de dix mille francs. Demander à une nation épuisée une contribution spontanée de cinq milliards, c'était courir à un échec, c'était, surtout, troubler profondément, ruiner, peut-être, un équilibre financier bien difficilement rétabli. Bouisson le comprit, il retira sa proposition.

Comme médecin, comme membre de l'enseignement supérieur, le rôle du doyen de la Faculté de Montpellier à l'Assemblée nationale était tracé d'avance. Il fut à la hauteur de sa tâche. Dès le 11 avril 1871, il soutient énergiquement la proposition, trop générale, peut-être, qu'il avait déposée sur le bureau de la Chambre : « Le ministère de l'instruction publique et des cultes, disait-elle, sera doté à partir de ce jour, de manière à donner ample satisfaction à tous les intérêts intellectuels, moraux et religieux de la France. » De telles dépenses, loin d'être improductives, créent des forces nouvelles et contribuent au développement de la richesse publique.

Après avoir appuyé en 1872 la prise en considération de la proposition Naquet, Bourgeois, etc., tendant à la revision de la loi de l'an XI et à la préparation d'un projet général sur l'exercice de la médecine et de la pharmacie, il combat, l'année suivante, le projet déposé par ses collègues, réclamant pour de telles discussions une époque plus calme, moins troublée par les luttes politiques. Peut-être craignait-il de trouver devant lui cet esprit de méfiance, qui fait, malgré ses efforts et malgré la raison, exclure des commissions administratives, des institutions de bienfaisance les représentants du corps médical, de ses Écoles et de ses Facultés. Plus heureux pour le Conseil supérieur de l'enseignement et pour les Conseils académiques, il obtient qu'un membre de l'Académie de médecine fasse partie des premiers, et que les directeurs des Écoles de pharmacie entrent de droit dans les seconds.

Nous ne dirons pas toutes les demandes que Bouisson fait chaque année en faveur de la Faculté qu'il dirige. Création d'une chaire d'anatomie pathologique et d'histologie ; création d'un cours d'histoire de la médecine ; allocations pour laboratoires ; il lutte pied à pied pour arracher à la commission du budget des subventions toujours plus élevées. Chargé depuis septembre 1873 de l'administration de l'Académie de Montpellier, il est l'opposant le plus acharné à la fondation des nouvelles Facultés que Lyon, Bordeaux, Nantes, Marseille, Toulouse, Lille, réclament à l'envi par la voix de leurs représentants. Qu'on fasse dans l'ouest de la France, dans ce pays déshérité jusqu'ici, un grand centre d'études médicales, il l'admet au besoin. Mais, enserrer Montpellier entre Lyon, Marseille, Toulouse, il se refuse à l'accepter. Pourquoi créer de

nouvelles Facultés, quand celles qui existent manquent du nécessaire? Pourquoi augmenter le nombre des médecins, quand déjà beaucoup d'eux traînent une existence difficile? La multiplicité des écoles secondaires n'a pas donné à nos campagnes plus d'officiers de santé; la fondation de Facultés n'accroîtra pas davantage le nombre des docteurs et n'enlèvera pas à Paris les étudiants qu'y attirent les plaisirs de la capitale, bien plus que la facilité du travail. La multiplicité, c'est la concurrence par l'indulgence, la quantité substituée à la qualité, l'abaissement des études et du professorat, d'inutiles dépenses pour l'État et pour les villes elles-mêmes. Lyon, surtout, semblait à Bouisson redoutable, et pour le combattre, il en arrive, bien qu'en hésitant, à appeler à son aide les passions politiques. Il rappelle à l'Assemblée le mot du ministre Guizot répondant à la demande d'une Faculté à Lyon : « Je ne veux pas donner des officiers à l'émeute; » il invoque l'opinion de M. Thiers, il compare les tendances matérialistes de la grande ville à l'esprit spiritualiste qui caractérise l'enseignement médical de Montpellier.

Vains efforts, éloquence inutile; la majorité l'applaudit, mais son contre-projet est définitivement rejeté, et la Chambre vote en troisième délibération la création de Facultés de médecine à Lyon, Bordeaux et Lille, la fondation d'écoles de plein exercice à Nantes, Toulouse et Marseille. Les craintes de Bouisson n'étaient pas sans fondement. Depuis dix ans qu'existent les Facultés nouvelles, la France compte-t-elle un savant, un praticien de plus? Je ne voudrais pas l'affirmer.

Partisan convaincu de la liberté de l'enseignement supérieur, notre éminent confrère ne l'admettait qu'avec de sérieuses garanties. Comment faire une Ecole de médecine si l'on n'a ni hôpitaux, ni laboratoires, ni sujets pour l'anatomie? Toute demande de création doit donc établir la possession de ces éléments nécessaires d'une instruction pratique. Ce n'est pas tout encore. Aucune université libre ne devrait être admise à conférer des grades qu'après douze années d'exercice et après avis du Conseil supérieur de l'instruction publique. L'amendement de Bouisson fut rejeté à la faible majorité de 36 voix sur 666 votants, et l'on put voir un instant fonctionner les jurys mixtes, *les moitiés de bons jurys*, dont l'existence, fort heureusement pour la justice et pour la science, n'a duré que quelques mois.

Dans les questions politiques, Bouisson vota toujours avec le centre droit. Après le 16 mai 1873, il fut nommé par le ministre Batbie, membre du Conseil supérieur de l'instruction publique, le 7 juin, puis administrateur de l'Académie de Montpellier, le 27 septembre de la même année. Il conserva ces fonctions

jusqu'en 1876, époque où il fut brusquement remplacé sans un mot de remerciements. Après avoir repoussé l'amendement Wallon, il adopta l'ensemble des lois constitutionnelles. Le rôle de l'Assemblée nationale était terminé. Soit besoin de repos, soit crainte d'un échec devant les tendances fort avancées de son pays natal, Bouisson se retira volontairement de la scène politique; il déclina toute candidature nouvelle.

Malgré les déplacements continuels qu'entraînaient ses multiples fonctions, malgré les charges de la députation, le professeur de Montpellier, pendant ces cinq années, donnait au *Dictionnaire encyclopédique* plusieurs articles (Castration, 1874. — Circoncision, Langue, Lèvres, 1876) importants, véritables modèles du genre, par la netteté des idées et l'élégance du style. Plus hardi dans ses préceptes que dans sa pratique, il conseille dans les cancroïdes des lèvres et de la langue les interventions extrêmes, la poursuite de tous les ganglions indurés, car, dit-il avec raison, on n'a rien fait s'il reste encore quelque point suspect à enlever.

Si les années n'avaient pas amené chez Bouisson le désir d'une retraite absolue, l'état de sa santé lui commandait le repos. Membre associé ou correspondant de toutes les sociétés médicales de France, attaché par les mêmes liens à beaucoup d'associations scientifiques étrangères, entouré de l'estime et des sympathies de tous, possesseur d'une fortune noblement acquise, il lui manqua le bonheur de se voir renaître en ses enfants. La reconnaissance lui fit épouser, dans sa jeunesse, une femme plus âgée qui l'avait soigné comme une mère. Veuf, il prit pour nouvelle épouse la fille d'un collègue, agrégé de la Faculté, un de ces chirurgiens distingués dont il savait si bien faire l'éloge, le Dr Bertrand, ancien député à l'Assemblée constituante en 1848, républicain honnête et convaincu. Bouisson trouva, dans cette seconde union, cette communauté de sentiments qui fait le charme de la vie; et celle qui le consola dans ses déboires et l'assista dans ses souffrances le pleure encore aujourd'hui.

De ses premières études, notre collègue avait conservé pour l'histoire, pour les arts, pour la littérature, une prédilection marquée. Bibliophile délicat, causeur aimable, musicien et peintre à l'occasion, il consacrait à ses collections, à ses lectures, parfois à la poésie, les heures qu'il dérobait à ses travaux scientifiques. Rempli de dévouement pour ses malades, l'aménité de son caractère lui avait attaché comme amis ses très nombreux clients. Il avrit pris pour sa devise : *Faire bien, s'estimer peu;* il y sut rester fidèle. Dangereusement malade, il poussait encore à l'excès l'amour du travail et la passion de l'étude. Pour se rapprocher de ses livres, il s'était fait transporter à son domaine de Grammont. C'est

là que les crises finales vinrent le terrasser, c'est là qu'il mourut le 20 mai 1884, religieux à sa dernière heure comme il l'avait été toute sa vie.

Bienfaiteur de la Faculté de Montpellier pendant sa longue carrière, il léguait à sa chère École, en même temps qu'une bibliothèque de choix, une somme de cent mille francs pour la fondation de cinq prix annuels en faveur des élèves les plus méritants. Favorisé de la fortune, il n'avait pas oublié les moments difficiles de ses jeunes années. Il savait que le travail ne conduit pas toujours à la richesse, et qu'à côté des heureux de ce monde se cachent bien des misères. Chaque lutte laisse des victimes, chaque combat des blessés.

Savant, mais philosophe aussi, notre éminent collègue se disait, j'en suis sûr, que les travaux vieillissent plus encore que les hommes. Sa longue expérience lui montrait que les incessants progrès de la science jettent rapidement dans l'oubli les recherches les plus méritoires, que le présent, que l'avenir, n'ont guère souci du passé. Éloquence, érudition, savoir, ne comptent qu'un instant. Avec l'homme disparaît bien souvent l'autorité de ses écrits, et de ceux qui eurent leur heure de gloire, parfois les œuvres de bienfaisance, les fondations généreuses, conservent seules le souvenir.

Prix décernés pour l'année 1886.

PRIX DUVAL.

A M. le Dr Poupinel, pour sa thèse intitulée : *De la généralisation des kystes et des tumeurs épithéliales de l'ovaire.*

PRIX LABORIE.

La Société ne décerne pas le prix. Elle accorde : 1° un encouragement avec une somme de 300 francs à M. le Dr Vincent, chirurgien de l'hôpital civil et professeur de l'École de médecine d'Alger, pour son travail : *Contribution à l'étude des fractures indirectes de la base du crâne et des lésions consécutives aux traumatismes cérébraux;* 2° Un encouragement avec une somme de 300 francs à M. le Dr Mabboux, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Lille (Nord), pour son mémoire : *Traitement des abcès du foie par la méthode de Little.*

Programme des prix que la Société décernera en 1887.

1° Le prix Duval, pour la meilleure thèse de chirurgie; le montant est de 300 francs en livres.

2° Le prix Laborie, à l'auteur du meilleur travail *inédit* sur un sujet de chirurgie; le montant est de 1,200 francs.

3° Le prix Gerdy. Sujet mis au concours : *Des hernies adhérentes au sac, accidents et thérapeutique.* Valeur : 2,000 francs.

4° Le prix Demarquay. Sujet mis au concours : *Pathogénie et traitement des kystes hydatiques du foie.* Valeur : 800 francs.

Les thèses et manuscrits envoyés pour les prix doivent être déposés au siège de la Société avant le 1er novembre 1887.

La séance est levée à 4 heures 50 minutes.

Le Secrétaire,
E. Delens.

Séance du 26 janvier 1887.

Présidence de M. Lannelongue.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Des lettres de remerciement de MM. Mouchet (de Sens), Heydenreich (de Nancy), Bruch (d'Alger), nommés correspondants nationaux; de MM. A. Reverdin et Maydl, nommés correspondants étrangers; de M. Mabboux, encouragement du prix Laborie ;

3° De six exemplaires du 12e et dernier fascicule de nos *Bulletins et mémoires* pour l'année 1886;

4° Plusieurs brochures de chirurgie, par M. le professeur Weiss (de Nancy), membre correspondant national;

5° *De la cure radicale des hernies épigastriques*, par le Dr S. Boinet, ancien interne; pour le concours du prix Duval, en 1887.

M. Lannelongue, président, prononce le discours suivant :

Messieurs et chers Collègues,

Que mes premières paroles soient des paroles de gratitude. Vous m'avez appelé à présider votre Société, vous souvenant de

mon ancienneté, des fonctions que j'ai déjà remplies au bureau, et aussi, permettez-moi de le dire, donnant une marque personnelle d'estime à l'homme qui a pris part à vos travaux; c'est en effet la condition inséparable du choix d'un président. J'en suis d'autant plus touché que d'autres devoirs m'empêcheront, pour quelque temps encore, d'ouvrir moi-même vos séances. Durant l'année qui vient de s'écouler, grâce à un président d'une ponctualité exemplaire, j'ai pu être dans les honneurs sans en ressentir les charges; mais ici la tâche d'un président n'est ni difficile, ni ingrate, car l'intérêt de vos séances n'a aucun besoin d'être accru ni d'être stimulé. Non seulement vous êtes entraînés par l'impulsion d'un mouvement scientifique accéléré, mais vous en êtes un des leviers les plus actifs et les plus puissants. Aujourd'hui, en effet, vous apportez une initiative hardie avec la nouveauté de la conception ou de l'exécution; demain vous marquez des tendances modératrices qu'on aime à retrouver. De ces courants divers, mais non contraires, ressortent tôt ou tard le triomphe des doctrines et la sécurité des méthodes. Vous apparaissez de la sorte comme les promoteurs ou les régulateurs d'un progrès continu, sans dégénérescence, et c'est là le motif le plus vrai de la place grande que vous occupez dans la branche des connaissances humaines que vous cultivez si fructueusement.

Aussi vous suis-je profondément reconnaissant de m'avoir confié la direction facile de travaux si importants, et je n'aurai plus qu'un souci, désormais, celui de mériter votre confiance en imitant l'exemple de ceux qui m'ont précédé. Je vous demande, avant de m'asseoir sur ce fauteuil, d'adresser des éloges au président que je remplace et au bureau sortant.

M. le président annonce que M. Weiss (de Nancy), membre correspondant, assiste à la séance.

A propos du procès-verbal.



M. Kirmisson signale un article de William Bull, chirurgien americain (*Ann. of. Surgery*, décembre 1886), sur le traitement des plaies de l'abdomen par armes à feu. Il cite cinq exemples d'intervention; une, entre autres, avec plusieurs plaies de l'intestin; l'intervention eut lieu deux heures après l'accident, le malade guérit.

M. Bull avait publié une autre observation en 1885 (*Méd. News*, 14 janvier).

M. Desprès. J'insiste spécialement sur cette intervention hâtive après deux heures.

Rapport.

Amputation des deux avant-bras sur un enfant âgé de 8 *ans, par suite de l'écrasement des deux mains. — Application de deux appareils prothéthiques,* par M. le Dr G. Léon-Dufour, médecin principal de l'armée, en retraite.

Rapport par M. Chauvel.

L'observation de notre honorable confrère de Saint-Justin est en ce moment l'exemple de la facilité avec laquelle les opérations les plus graves guérissent chez les jeunes enfants et à la campagne. Un garçon de 8 ans avait eu les deux mains et les deux poignets écrasés par une roue de charrette, le 8 juin 1886. Le lendemain, l'amputation des deux avant-bras fut pratiquée par M. Dibos, aide de M. Léon-Dufour, méthode circulaire. L'artère interosseuse du côté droit n'ayant pu être liée, l'hémorrhagie fut arrêtée par un tampon de perchlorure de fer; l'hémostase fut également difficile de l'autre côté. Il n'était peut-être pas possible d'espérer une réunion immédiate; cependant on fit la suture entortillée des angles des plaies, et par-dessus on appliqua un pansement listérien. Il n'est pas question de drainage; au reste, dès le jour suivant, on prescrit des lotions d'eau phéniquée entre la gaze et le mackintosh, ce qui devait singulièrement troubler le repos des parties. Le 13 juin (4e jour), on enlève les épingles; la suppuration, dit l'observation, est plus abondante à gauche. Aucun accident ne vient entraver la marche de la cicatrisation, qui est complète, à gauche, le 20e jour; à droite, un peu plus tard.

Des appareils sont fabriqués par M. Mathieu pour ces deux moignons, dont le plus long ne dépasse pas 7 à 8 centimètres. A droite, l'avant-bras artificiel porte une main avec pouce et index articulés, pour se servir d'un porte-plume, d'une cuiller et d'une fourchette. Le bras gauche supporte un anneau et un crochet; l'enfant, dès la fin de septembre, peut s'en servir aisément. M. le Dr Léon-Dufour nous a envoyé, avec son observation, un autographe qui prouve en faveur, sinon de l'habileté, au moins de la bonne volonté de son petit opéré. Il est vraiment malheureux que, s'appuyant sur des considérations surtout économiques, notre confrère ait cru devoir limiter à la durée de la leçon d'écriture le port des appareils. Je me demande quelle peut être, tout le long du jour, la situation de ce pauvre double manchot; comment il peut faire pour manger, se déshabiller, parer à ses moindres besoins. Il eut été moins cruel de ne pas lui apprendre à user de ces appareils, et si, à défaut d'autre mérite, mon rapport pouvait

avoir pour résultat de lui permettre d'utiliser ses bras artificiels à son gré, je m'estimerais satisfait.

Je vous propose, Messieurs, de déposer le travail de M. Léon-Dufour dans nos archives et d'adresser des remerciements à l'auteur.

Rapport.

Sur un point de la technique des opérations plastiques sur le palais (réunion des lambeaux par la ligature rubanée), adressé à la Société de chirurgie par M. E. Dudon, chirurgien de l'hôpital Saint-André et agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Rapport par M. Terrier.

Ayant été chargé de faire un rapport sur ce travail, je viens, Messieurs, vous exposer brièvement les principaux traits qui le caractérisent.

Rappelant le travail de notre maître le professeur M. Trélat sur la *technique des opérations plastiques sur le palais* (*Revue de chirurgie*, n° 2, février 1886), l'auteur discute la facilité de la suture des lambeaux et croit que cette suture peut être modifiée et rendue plus facile encore à l'aide de son procédé, la *ligature rubanée.*

« Lorsque je suis à la suture, dit le professeur M. Trélat, je considère l'opération comme terminée. En effet, l'uranoplastie la plus étendue ne demande pas un quart d'heure pour ce temps de l'opération. »

M. Dudon pense que ce temps est plus difficile et plus long pour ceux qui n'ont ni l'habitude, ni l'habileté du professeur Trélat ; aussi croit-il devoir indiquer un mode de réunion nouveau qui, dans deux cas, lui a donné un résultat excellent. Je dirai même que depuis cette communication M. Dudon a fait trois nouvelles opérations qui seront publiées ultérieurement, et dont les résultats ont été aussi favorables.

Son *modus faciendi* consiste à remplacer la suture à points séparés par une ligature rubanée qui embrasse les lambeaux. Voici les deux cas où il l'a employée :

Observation I (résumé). — *Perforation de la voûte palatine. — Uranoplastie. — Deux lambeaux latéraux, suture à points séparés, sphacèle d'un lambeau, persistance de la perforation. — Deuxième opération. — Ligature rubanée. — Guérison.*

Il s'agit d'une syphilitique de 30 ans, chez laquelle existait une large

perforation de la voûte palatine, longue de 2 centimètres et à 3 centimètres des incisives supérieures. On fait d'abord des cautérisations au nitrate acide de mercure, sans résultats. Puis une première opération : avivement, taille de deux lambeaux latéraux qu'on décolle et cinq sutures avec l'aiguille chasse-fil de Mathieu. Mais survint un érysipèle, d'où sphacèle du lambeau droit et insuccès relatif, car la perforation est réduite d'un tiers.

Six semaines après la sortie, deuxième opération. Même temps : avivement d'un demi-centimètre autour de la perforation, taille de deux lambeaux qu'on décolle ; puis, au moment de faire la suture, l'aiguille se brise. Le chirurgien eut alors l'idée de réunir les lambeaux à l'aide d'un ruban de fil, passant au-dessus d'eux entre les lambeaux et la voûte palatine, et noué au-dessous d'eux dans la bouche. Cette anse fut passée avec une aiguille de Cooper, conduisant d'abord un fil, puis le ruban de 1 centimètre de largeur. En serrant, les surfaces avivées s'affrontent bien sur la ligne médiane, et on fixe le ruban avec deux nœuds.

La ligature fut enlevée le 15e jour et la réunion était parfaite. Les plaies latérales se cicatrisèrent très vite. Avant de quitter le service, cette malade eut un nouvel érysipèle facial, qui, du reste, guérit bien. Elle fut présentée à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, le 22 octobre 1880, et on put constater le parfait résultat obtenu par M. Dudon.

Dans ce cas, le procédé de ligature avec le ruban fut, en quelque sorte, un procédé de nécessité, il n'en fut plus ainsi dans le fait suivant, où le chirurgien eut d'emblée recours à ce mode de réunion.

Obs. II (résumé). — *Perforation de la voûte palatine. — Avivement, saillie des deux lambeaux. — Mobilisation. — Ligature rubanée. — Guérison.*

Fille de 16 ans, présentant une perforation de 1 centimètre de diamètre, siégeant sur la ligne médiane et à la réunion des deux tiers antérieurs avec le tiers postérieur de la voûte palatine. Cette lésion serait d'origine strumeuse.

On fait l'avivement en surface autour de la perforation, les incisions latérales par des bords alvéolaires, et on décolle les deux lambeaux latéraux. L'hémorrhagie calmée, « à l'aide d'une aiguille de Deschamps armée d'un fil, je passe, dit l'auteur, successivement par-dessus les lambeaux deux rubans de fil d'un centimètre de largeur. Le sang étanché et les surfaces à réunir bien détergées, je noue les deux rubans en serrant suffisamment pour affronter les lambeaux. »

Les rubans furent laissés 9 jours, puis on les enleva ; la guérison de cette jeune fille fut complète, et elle fut présentée, le 10 novembre 1882, aux membres de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux.

L'idée de cette ligature rubanée, fait remarquer M. Dudon, paraît appartenir à Sédillot. En effet, dans la *Médecine opératoire* (t. II, p. 60,

édition de 1870) il conseille d'abord d'interposer une mèche de charpie dans les incisions latérales pour éviter la rétraction des lambeaux libérés vers les arcades dentaires, et il ajoute : « Rien n'empêcherait même d'embrasser dans une ligature rubanée les deux lambeaux pendant quelques jours. »

Mais il est évident que le but poursuivi par Sedillot diffère absolument de celui que s'est efforcé d'atteindre et qu'a atteint M. Dudon ; de plus il conseille bien cette ligature rubanée mais ne dit pas l'avoir faite.

Cette ligature, pour M. Dudon, a d'abord pour but de réunir les bords cruentés des lambeaux latéraux, et ce n'est qu'accessoirement qu'elle isole leurs bords externes et empêche de fâcheuses adhérences.

Pour le chirurgien de l'hôpital Saint-André, la ligature rubanée offre les avantages suivants :

Elle rend l'opération plus facile en supprimant la suture, qu'il considère comme difficile et pour laquelle il faut des instruments divers (aiguille de Reverdin, aiguille à hameçon de Trélat), tandis que le passage du ruban se fait sans la moindre difficulté, soit avec une aiguille de Cooper, soit avec celle de Deschamps, conduisant un, deux et même trois fils, selon qu'on veut placer une, deux ou trois anses de ruban.

Du reste, M. Dudon fait remarquer que son procédé d'avivement diffère de celui de M. Trélat. Celui-ci enlève sur le bord de la perforation une bande continue, puis il incise latéralement et décolle ; tandis que M. Dudon avive sur la face inférieure des lambeaux, c'est le temps le plus long de son opération, dit-il, puis décolle, etc.

La ligature rubanée maintient bien les lambeaux affrontés par leur face inférieure, elle permet aux mucosités de s'écouler latéralement, les deux lambeaux faisant l'office d'une sorte de toit, elle isole les lambeaux latéralement et permet leur réunion plus facile, enfin on peut sans inconvénient la laisser longtemps en place (neuf et quinze jours.)

En fait, dans les perforations de la voûte palatine, la ligature rubanée a donné de bons résultats, mais l'auteur va plus loin, et pense qu'on peut l'appliquer aux divisions du voile et du palais. Seulement, ici, il conseille la suture pour le voile, ce qui se comprend du reste, puis la ligature rubanée pour la voûte palatine.

Nous pensons qu'il ne faut accepter ces dernières propositions qu'avec restriction et attendre l'expérience pour juger la question. Quant à nous, après avoir vu souvent opérer notre maître le professeur Trélat, il nous sera difficile d'abandonner son *modus faciendi*, au moins pour les divisions de la voûte et du voile.

La question est plus discutable peut-être pour les simples perforations ; toutefois, n'ayant pas rencontré les difficultés de suture signalées par notre distingué confrère M. Dudon, nous serons encore tenté de pratiquer la suture, de préférence à la ligature rubanée. Toutefois, celle-ci mérite d'être expérimentée, et les succès obtenus par M. Dudon en sont la meilleure preuve qu'on puisse invoquer.

En résumé, Messieurs, je vous propose d'adresser des remerciements à l'auteur de cette intéressante note et de déposer son travail aux Archives.

Discussion.

M. Trélat. M. Dudon nous présente des faits à l'appui de sa méthode opératoire, nous ne pouvons que les accepter. Cependant je désire faire des réserves et donner des explications sur deux points principaux.

Au lieu de s'efforcer de réunir, par leurs bords avivés, les lambeaux mobilisés, M. Dudon propose de les prendre en masse au moyen d'un ruban. Dans ce cas, ce ne sont plus les bords qui s'unissent, comme cela se produit par ma méthode de sutures, mais ce sont des surfaces adossées; elles doivent donc faire une saillie du côté de la bouche ou du nez.

M. Dudon croit avoir simplifié l'opération, parce qu'il peut la faire avec les premiers instruments qu'il rencontre facilement, au lieu de se servir d'une aiguille spéciale (aiguille de Reverdin courbe). Je lui répondrai que pour une opération délicate et rare, on doit se procurer les instruments les plus faciles à manier. Je reproche à M. Dudon de chercher à remplir les incisions libératrices avec un corps étranger, qui empêche le rapprochement des bords.

Je m'élève contre cette manière de faire, que je n'emploie plus. Toujours cette fente se comble rapidement, en quelques jours. Un corps étranger, charpie ou éponge, provoque de la suppuration, et souvent, après son emploi, persiste une fistule difficile à guérir, ainsi que je l'ai vu chez deux de mes malades.

La présence de ce corps étranger retarde donc la guérison, et son emploi constitue un recul vers les anciennes méthodes et non pas un progrès.

Enfin, je reconnais que le passage des fils constitue un temps délicat de l'opération; mais avec une certaine adresse on peut le considérer comme un temps relativement facile de l'opération.

M. Le Dentu. J'ai pratiqué plusieurs uranoplasties, d'après les indications données par M. Trélat, après avoir opéré un malade en sa présence. J'ai été pleinement satisfait de cette méthode.

Il faut, il est vrai, mobiliser complètement et largement les lambeaux et les décoller sans les contusionner, c'est là le temps vraiment difficile de l'opération.

Quant aux sutures, elles sont faciles à placer avec l'aiguille de Reverdin courbe, et l'affrontement des bords se fait très bien. Elles doivent être peu serrées.

La guérison est complète le sixième jour.

Au lieu d'essayer la méthode de M. Dudon, je m'en tiendrai à l'avenir aux règles posées par M. Trélat.

M. Terrier. Je partage volontiers l'avis de M. Trélat. Cependant je crois que dans quelques cas le procédé de M. Dudon peut être utilisé. Ainsi, pour des perforations limitées de la voûte palatine, il peut être employé comme plus facile et plus rapide.

Communication.

Abcès sous-lingual consécutif à la carie d'une dent de sagesse,

Par le Dr Th. Weiss, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.

Le 17 décembre dernier, un de mes collègues, M. le professeur Bernheim, me priait de voir avec lui un jeune homme de 24 ans auquel il s'intéressait particulièrement et qui était atteint depuis trois jours d'une affection d'origine dentaire, ayant des allures fort inquiétantes. Ce jeune homme avait, au début, éprouvé des douleurs névralgiques très vives partant de la dent de sagesse inférieure gauche, qui était cariée; puis il s'était formé une fluxion de la joue correspondante, enfin le gonflement avait gagné toute la région sus-hyoïdienne, en déterminant une gêne considérable de la déglutition.

Je trouve le malade dans l'état suivant : facies pâle; grande anxiété ; fièvre intense; inappétence absolue.

La joue gauche est le siège d'une tuméfaction très considérable, très marquée surtout au niveau de la branche montante du maxillaire, où l'on sent une rénitence profonde, mais pas de fluctuation véritable. La constriction des mâchoires est si complète, que les dents chevauchent les unes sur les autres, et qu'il est impossible de les écarter pour examiner la bouche. On peut cependant se rendre compte, par l'intervalle dentaire, que la langue a acquis un volume énorme et qu'elle est collée contre la voûte palatine ; de là la gêne de la déglutition, qui ne peut, du reste, se faire qu'au prix de grandes souffrances. En écartant la joue avec une cuiller, on n'arrive pas à voir la dent malade, qui est entièrement masquée par l'œdème des parties environnantes.

Dans la région sus-hyoïdienne, je constate un gonflement dur, profond, étendu d'un sterno-mastoïdien à l'autre, sans altération notable de la peau, qui est à peine rouge; mais de point fluctuant

ou même résistant, il n'en existe nulle part; la pression du doigt provoque aussi bien dans les deux régions sus-maxillaires que sur la ligne médiane une douleur très vive; il n'y a pas de différence d'un point à un autre, et, en somme, il n'existe pas de signes de collection purulente limitée.

La respiration est facile, et l'air pénètre dans la poitrine, ainsi qu'on peut s'en assurer par l'auscultation; néanmoins, le malade éprouve un sentiment très pénible de constriction à la gorge, et sa parole est faible et entrecoupée.

En présence de ces signes, je porte le diagnostic d'ostéo-périostite du maxillaire inférieur, avec collection purulente au niveau de la branche montante et phlegmon profond de la région sus-hyoïdienne. Le seul point délicat me paraît celui du siège exact de la suppuration dans cette dernière région. S'agit-il d'une inflammation de la loge sous-maxillaire, comme on peut s'y attendre d'après la cause des accidents, ou bien n'est-on point en présence d'un de ces phlegmons rares de la base de la langue dont on a signalé récemment quelques exemples? Je penchai vers cette dernière opinion, en raison de la tuméfaction considérable de la langue, de la gêne de la déglutition et surtout de l'extension du gonflement à tout le plancher de la bouche.

Il était à ce moment neuf heures du soir; je n'avais avec moi aucun instrument; le malade était dans les conditions hygiéniques les plus mauvaises, couché dans un petit cabinet sans fenêtre et sans air. Comme les accidents ne me paraissaient pas imminents, je crus pouvoir remettre au lendemain l'intervention chirurgicale, et conseillai de le faire transporter à l'hôpital. Je quittai donc le malade, à qui M. Bernheim crut devoir faire une injection de morphine, destinée à calmer ses souffrances.

Une heure ne s'était pas écoulée, que mon collègue venait me chercher en toute hâte, en me disant que peu d'instants après mon départ ce jeune homme était subitement tombé dans un collapsus complet et qu'il était à l'agonie. Je me hâtai d'accourir et le trouvai en effet dans l'état le plus alarmant, sans connaissance, la face d'une pâleur cadavérique, l'écume à la bouche, râlant, en un mot. La mort était à n'en pas douter imminente. Le temps de la réflexion nous manquait pour bien analyser la nature des accidents, mais il me parut évident qu'il s'agissait d'accidents respiratoires par pression des voies aériennes, et que la trachéotomie immédiate était le seul moyen de salut. Je la pratiquai séance tenante dans les conditions les plus dramatiques, sans autre aide que M. Bernheim, qui me tenait une lampe (tout le monde s'était enfui autour de nous), sans dilatateur ni écarteurs, ayant heureusement une canule que je ne réussis à placer qu'avec beaucoup de peine, vu le gonflement

du cou et la position de la tête, que personne ne maintenait renversée en arrière. A peine était-elle en place que la respiration s'arrêta complètement. J'eus alors recours à la respiration artificielle et surtout à la titillation de la trachée avec des plumes de pigeon, et je fus assez heureux pour voir, au bout d'une demi-heure d'efforts, les mouvements respiratoires se rétablir spontanément et le malade reprendre petit à petit connaissance. Vers une heure du matin, je pus enfin quitter le malade, et la nuit s'acheva tranquillement. Le lendemain matin, l'état général était relativement satisfaisant; la respiration se faisait facilement; aussi me mis-je en devoir d'aller à la recherche du pus, que je soupçonnais être vers la base de la langue. Je n'avais toujours, vu l'impossibilité persistante d'ouvrir la bouche, aucune indication bien précise sur le siège exact de la suppuration. Par contre, des modifications s'étaient produites au niveau de la branche montante. On y sentait nettement un clapotement dû à un mélange de gaz et de liquides, et la pression exercée au niveau du masseter faisait refluer dans la bouche une quantité considérable de pus qu'on voyait sourdre au voisinage de la dent malade. Il n'y avait certainement aucune communication entre cet abcès et celui de la région sus-hyoïdienne, car la pression en ce dernier point donnait des résultats absolument négatifs.

Je me décidai alors à pratiquer l'opération suivante : avec le thermocautère, je fis, sur la ligne médiane, une incision antéropostérieure allant du menton à l'os hyoïde; je traversai successivement la peau, le tissu cellulaire, l'aponévrose, rencontrai, chemin faisant, le ganglion mylo-hyoïdien parfaitement intact, sans trouver aucune trace de suppuration. Je sectionnai ensuite le muscle mylo-hyoïdien, et au-dessus de lui, à une profondeur de 4 à 5 centimètres au moins, je tombai sur une collection purulente du volume d'une noisette, d'où s'écoulèrent à peine quelques gouttes d'un pus séreux mal lié et très fétide.

Cet abcès siégeait très exactement sur la ligne médiane au milieu des muscles de la langue, non loin de l'épiglotte. L'introduction de la sonde cannelée me permit de constater qu'il n'y avait ni décollement ni communication avec l'abcès de la face extérieure de la branche montante. Quant à celui-ci, je préférai attendre vingt-quatre heures avant de l'ouvrir, puisqu'il se vidait partiellement par la bouche. Le lendemain, il pointait nettement dans le sillon génio-musculaire, et je pus l'ouvrir largement en ce dernier point, ce qui me permit d'éviter une incision et une cicatrice extérieures. A partir de ce moment, tous les accidents allèrent en s'atténuant. Le gonflement de la région sus-hyoïdienne diminua insensiblement, bien que l'orifice ne laissât écouler qu'une séro-

sité peu abondante. L'abcès de la joue se recolla petit à petit, la canule à trachéotomie fut retirée le cinquième jour; et, après quelques péripéties sans importance, la guérison était complète au bout de trois semaines. La dent de sagesse fut alors extraite avec le pied-de-biche, ce qui fit cesser immédiatement la constriction de la mâchoire. Ce jeune homme est actuellement parfaitement guéri.

L'affection dont je viens de rapporter un exemple a été parfaitement décrite dans nos livres classiques et dans une thèse de Paris, 1875, celle de Dumonteil-Grandpré, sous le nom d'abcès sous-lingual ; aussi ne crois-je pas devoir insister longuement sur son histoire. C'est, en somme, une lésion tout à fait exceptionnelle dont ce dernier auteur ne relate que six ou sept observations. M. J. Boeckel en a publié récemment un nouveau cas dans la *Gazette médicale de Cherbourg*, 1883, et ce chirurgien confirme également, d'après des recherches personnelles très étendues, l'extrême rareté de cette affection.

A ce titre, l'observation précédente me paraît mériter quelque attention. Elle est également intéressante en raison de l'étiologie de l'abcès et de la pathogénie des accidents qui en ont été la conséquence. C'est à l'occasion d'une carie de la dent de sagesse que s'est développé le phlegmon de la région sus-hyoïdienne, et, chose assez singulière, c'est à une grande distance, au milieu des muscles géniens, que s'est formée une petite collection purulente qui a amené la suffocation. A cet égard, il est vraiment singulier qu'une collection d'un aussi petit volume ait pu donner lieu aux accidents formidables que j'ai observés. Il est vrai de dire qu'il existait un gonflement considérable de la langue et de tout le plancher de la bouche, et c'est à cela surtout qu'il faut attribuer l'asphyxie qui s'est produite.

En effet, d'après les signes que j'ai observés, je tends à croire qu'il n'y a pas eu d'œdème de la glotte, mais bien un refoulement de la langue, qui, retombant en arrière sur l'orifice du larynx, a amené ces accidents rapides qui ont failli emporter le malade avant presque que l'intervention fût possible. C'est au point de vue surtout du traitement que j'appellerai l'attention sur cette observation. Tous les auteurs ont insisté sur la nécessité absolue d'une intervention énergique et précoce. Mais ils diffèrent sur le mode opératoire à employer. Dans la plupart des cas, et Dumonteil-Grandpré le recommande spécialement, c'est par la bouche que l'on devrait ouvrir ces abcès. Sans doute, si la collection pointe sous la langue, si les dents peuvent être écartées, rien de plus logique. Mais il n'en est pas toujours ainsi; il peut y avoir de la constriction de la mâchoire ou une hésitation sur le siège de la suppuration. M. Jules

Boeckel conseille d'ouvrir systématiquement ces abcès par la région sus-hyoïdienne en pratiquant une incision transversale sur la partie latérale de la région sus-hyoïdienne. Il me semble, pour ma part, qu'à moins d'indications précises sur le siège du pus, il est préférable d'inciser sur la ligne médiane comme je l'ai fait. On ne court le risque de rencontrer aucun organe important; aucune hémorrhagie n'est à craindre, et il est très facile de faire à gauche ou à droite, avec une sonde cannelée, les recherches nécessaires pour découvrir la collection purulente.

Je me suis demandé si, au lieu de faire la trachéotomie pour parer aux accidents de suffocation, il n'eût pas été préférable de chercher à débrider la région sus-hyoïdienne; mais je suis convaincu qu'une incision de ce genre n'eût pas suffi pour prévenir la mort, qui était imminente. Comme M. Duplay le fait remarquer, l'ouverture d'un de ces abcès ne dispense pas toujours de la trachéotomie, qui est quelquefois absolument indispensable.

Messieurs, j'aurais mauvaise grâce à insister plus longuement sur ces abcès sous-linguaux, dont certainement vous avez observé quelques exemples. Si j'y ai insisté, c'est que le fait m'a paru assez rare, c'est que j'ai cru devoir le soumettre à votre appréciation.

Discussion.

M. Després. M. Weiss nous a dit dans le cours de son observation que l'abcès qu'il avait ouvert contenait du liquide séro-purulent et était à peine gros comme une noisette.

Il me semble que ce n'est pas cet abcès qui a été la cause des accidents formidables observés chez son malade.

En effet, j'ai deux observations assez semblables à celle-ci et où les accidents avaient pour point de départ la dent de sagesse.

Dans la première, le malade fut trachéotomisé par Nélaton pour des accès de suffocation causés par un phlegmon diffus de la région sus-hyoïdienne. Le malade mourut d'infection.

On trouva à l'autopsie un vaste phlegmon diffus ayant pour origine une dent de sagesse, mais avec suppuration le long de la branche montante.

La deuxième observation, qui date de 1878, à l'hôpital Cochin, a trait à un homme qui éprouva, à la suite d'un refroidissement, un gonflement rapide de la région massétérine et sous-hyoïdienne. La dent de sagesse était le point de départ de cette lésion. J'ai trouvé un abcès périostique de la branche montante.

Je prétends donc que, dans ces cas, c'est à ce point et non sur la ligne médiane qu'il faut aller débrider et chercher le pus. Car,

aussitôt celui-ci évacué, le gonflement qui gêne la respiration disparaît.

M. Magitot discute l'opportunité de l'opération que M. Weiss a cru devoir pratiquer pour arriver au foyer, opération qui a consisté à ouvrir la région sus-hyoïdienne et pénétrer par là jusqu'au plancher de la bouche. En effet, l'auteur rapporte qu'à un certain moment la pression de la main sur la joue provoquait l'écoulement par la bouche d'un liquide séreux ou purulent, ce qui prouverait bien évidemment que le foyer était ouvert. Or, à ce moment, pourquoi M. Weiss n'a-t-il pas songé à diriger ses efforts sur la dent de sagesse elle-même, point de départ des accidents? C'est qu'en effet, ni la rétraction des mâchoires, si complète qu'elle soit, ni le gonflement des parties molles, ne paraissent constituer des obstacles insurmontables à l'ablation de cette dent, grâce à l'emploi d'un instrument du vieil arsenal chirurgical, et qu'on trouve décrit par Ambroise Paré. C'est la *langue de carpe*, dont l'application peut s'effectuer pendant la rétraction absolue des mâchoires. M. Magitot ajoute que l'emploi des écarteurs sur un malade soumis au chloroforme produit toujours une ouverture suffisante de la bouche pour permettre l'accès des instruments jusqu'à la dent de sagesse. Il conclut que M. Weiss aurait dû préférer ce procédé d'intervention à celui qu'il a cru devoir appliquer.

M. Weiss. Je ferai observer à M. Després que, dans mon observation, il s'agissait d'un abcès sous-lingual qui n'avait aucune connexion avec la dent de sagesse ou avec l'abcès situé contre la maxillaire. Les accidents étaient dus au phlegmon développé autour de cet abcès; c'était donc à ce niveau qu'il fallait agir.

Communication.

Laparotomie pour un kyste du foie. — Hystérectomie vaginale.

M. Trélat. Je dépose sur le bureau de la Société deux observations que j'ai citées au cours de nos discussions et qui ont été mentionnées dans diverses thèses et mémoires.

La première est un cas de *laparotomie pour gros kyste hydatique du foie*. Quoique mon malade ait succombé au bout de trois mois à une pleurésie contractée quarante-sept jours après l'opération, la facile et complète évacuation de la poche et son extrême réduction au moment de la mort témoignent de la valeur de la méthode. La laparotomie permet parfois l'extirpation presque complète du kyste,

souvent sa résection plus ou moins étendue et toujours l'établissement immédiat et en toute sécurité d'une ouverture large permettant de faire mieux que par aucune autre méthode l'évacuation et le nettoyage de la cavité.

La seconde observation est celle d'une malade opérée d'*hystérectomie vaginale avec déchirure de la vessie réparée par une opération faite sept mois après.*

J'ai fait trois fois l'hystérectomie vaginale pour cancer. Si on s'en tient aux cas favorables par leur jeunesse et leur limitation, l'indication d'opérer n'est pas très commune.

Chez ces deux premières opérées, à l'une desquelles se rapporte la présente observation, les conditions étaient bonnes. Elles sont guéries et bien portantes, l'une depuis dix neuf mois, l'autre depuis huit mois.

La troisième malade, âgée de 60 ans, atteinte d'un épithélioma déjà avancé, a voulu courir les dernières chances de salut. Sans péritonite, sans élévation notable de température, elle a succombé le 5e jour dans des alternatives de coma et d'agitation.

Observation I. — *Volumineux kyste hydatique du foie. — Laparotomie. — Au 47e jour de la cure, pleurésie. — Mort le 85e jour. — Le kyste est réduit au volume d'un œuf.*

Le nommé Audry (Albert), âgé de 40 ans, débarqueur de bestiaux, entre le 3 mars 1886, salle Sainte-Vierge, n° 45.

Homme sec, maigre, à pommettes rouges. A joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 34 ou 35 ans.

Dans ces dernières années, il est devenu fortement alcoolique. Depuis cette époque, il raconte que chaque hiver il a eu des hématuries irrégulières. — Il n'a subi aucune opération de ce côté. Sa vessie ne contient ni calcul ni tumeur.

Il y a quatre ans, vives douleurs dans la région lombaire, sans irradiations, sans troubles urinaires. Ces douleurs durèrent un mois sans interruption. Un médecin consulté les nomma coliques néphrétiques. En 1884, le malade consulta M. Féréol pour des douleurs dans l'hypochondre droit.

M. Féréol reconnaît une tumeur hépatique qu'il ponctionne juste au-dessous du rebord costal, et il en retire 2 litres de liquide hydatique limpide.

Bientôt le liquide se reproduit. L'hypochondre grossit et devient de nouveau douloureux.

Deuxième ponction avec issue d'un litre et demi de liquide en décembre 1885.

Les douleurs ne tardent pas à reparaître vives dans le flanc et les lombes. Le malade ne dort plus, ne mange plus et maigrit. Il se décide à entrer à la Charité dans le service de M. Trélat.

A l'examen, on constate que la base du thorax et la partie supérieure de l'abdomen ont augmenté de volume, surtout à droite. Les côtes sont repoussées en dehors, de ce côté.

Par le palper et la percussion, on reconnaît que la tumeur kystique dépasse en haut le mamelon, en bas l'ombilic, à gauche la ligne médiane; à droite, elle occupe tout l'hypochondre et une partie du flanc. C'est donc un kyste volumineux et de plus intra- ou sus-hépatique.

Le malade souffre beaucoup dans la région lombaire, le flanc, l'hypochondre droit. Il a parfois des douleurs dans l'épaule droite. Au niveau de la tumeur, la peau présente une hyperesthésie des plus accusées.

Il y a une constipation rebelle; l'appétit est nul, le sommeil rare et interrompu par les douleurs, l'amaigrissement croissant.

Les urines sont normales, et la respiration, régulière à gauche, s'entend à droite jusqu'au niveau du kyste.

Il y a nécessité urgente à opérer ce malade, qui avait quitté l'hôpital et venait d'y rentrer au commencement du mois. L'opération a lieu le 28 mai 1886.

Opération avec le concours de M. Terrier.

Chloroforme. — Incision de 10 centimètres parallèle au rebord des fausses côtes droites, incision du péritoine; — on tombe sur une lame de tissu hépatique épaisse de 10 à 12 millimètres, que l'on incise; le kyste est ouvert; pendant qu'on protège avec soin la cavité péritonéale, le liquide sort avec violence; on évalue sa quantité à 2 litres au moins. — La poche est complètement vidée avec un aspirateur Dieulafoy. Les dimensions sont considérables : 22-25 millimètres dans le sens vertical; son adhérence au tissu du foie ne permet pas d'en réséquer une partie. On fixe avec des fils d'argent (16 points) les parois du kyste à toute l'épaisseur de la paroi abdominale, péritoine et muscle compris, 2 gros tubes plongent dans sa cavité. Pansement iodoformé.

28 *mai*, soir. Somnolence; pas de signe de collapsus. T. 36°,5.

26 *mai*. T. matin, 36°,7. Pansement.

1er-12 *juin*. T. 37-38°. Tous les jours lavage avec solution de chloral et pansement humide.

12 *juin*. Les tubes n'ont plus que 15 centimètres au lieu de 25.

12-20 *juin*. L'orifice extérieur bourgeonne, tend à se fermer, la poche se rétrécit de plus en plus, il sort des plaques verdâtres molles, débris de vésicules hydatiques.

Bon état général. Température normale mais toujours peu d'appétit.

30 *juin*-5 *juillet*. Il sort de grands lambeaux de membranes verdâtres.

Le liquide maintenant ressort propre de la poche, l'appétit reparaît. A ce moment le malade était en très bonne voie. Les tubes n'avaient plus que 10 centimètres, et la guérison semblait marcher à souhait.

14 *juillet*. Imprudences; conversations, boisson, agitation; petits frissons. La température s'élève un peu les jours suivants 38°,4-38°,7. Constipation, hoquets, vomissements, facies grippé.

22 *juillet*. On reconnaît la présence d'un épanchement pleural droit. L'appétit disparaît, le malade se cachectise.

11 *août*. Ponction ; on retire 2 litres d'un liquide purulent.

13 *août*. Empyème.

21 *août*. Mort dans l'heeticité la plus profonde.

Autopsie. — Kyste hydatique du foie. Pleurésie purulente droite. Enpyème. Mort par cachexie.

Poumons. — *A droite :* Le lobe supérieur du poumon droit est adhérent à la cage thoracique dans toute son étendue ; les adhérences sont récentes, faciles à déchirer.

Les lobes moyen et inférieur ratatinés sont accolés contre la gouttière costo-vertébrale. Dans la cavité qu'ils laissent en bas on trouve à peine un verre de liquide purulent.

Cette cavité est tapissée par des fausses membranes grisâtres, très molles, qu'on détache facilement avec les ongles.

A gauche : Adhérences récentes, surtout en haut. La cavité pleurale gauche contient environ un demi-verre de liquide séreux, louche. Pas de tubercules.

Cavité abdominale. — Le diaphragme est adhérent à la face convexe du foie au niveau de la poche.

Les parois de celle-ci sont épaisses, plissées, revenues sur ellesmêmes ; elles limitent une petite cavité qui contient à peine un verre à Bordeaux de liquide, cavité qui était vide au moment de l'autopsie.

Au niveau de l'ouverture faite dans la région hépatique, la paroi abdominale est soudée à la poche par des adhérenees très solides qui ont résisté à une traction assez forte.

Le poids du foie, y compris la portion du diaphragme adhérente à la poche, est de 1,670 grammes.

Pas de communication entre la cavité pleurale et la poche.

Reins. — Rein droit : Poids, 140 grammes. Adhèrent à la faee inférieure du foie.

Rein gauche : Poids, 120 grammes.

Ne présentent rien d'anormal ni l'un ni l'autre. Pas de kyste, pas d'altération d'aucune sorte.

Rien du eôté de la vessie.

Cœur normal.

Rien du eôté du tube intestinal.

Obs. II. — *Épithélioma du col utérin. — Hystérectomie vaginale. — Déchirure et suture de la vessie. — Large fistule vésico-vaginale. — Sept mois après, opération de la fistule vésico-vaginale. — Guérison.*

Primméo (Hélène), 47 ans, entre, le 4 mai 1886, salle Sainte-Catherine, n° 24, à la Charité.

Réglée à 20 ans. Époques irrégulières. Pas d'enfants. L'utérus antifléchi porte un petit fibrome à la face antérieure.

Jamais de perte avant cette année. Il y a trois ans, poussée d'eczéma. Érysipèle de la face en 1885.

En février 1886, pertes peu abondantes mais continues, rouges, sans odeur. De temps à autre, augmentation de la perte. Affaiblissement, amaigrissement. Cependant, l'état général est satisfaisant.

Cœur, poumons sains. Urines normales.

L'*utérus* antifléchi, parfaitement mobile, a 7 centimètres de profondeur à l'hystéromètre. Les culs-de-sac sont libres et souples.

Au toucher et au spéculum on constate que le col, et surtout sa lèvre antérieure, forme une tumeur du volume d'un marron, dure, mamelonnée, saignante, offrant les caractères incontestables de l'épithélioma.

La muqueuse vaginale est saine. On ne sent de ganglions ni dans les aines, ni dans les fosses iliaques. C'est un cas favorable pour l'hystérectomie.

Opération le 26 *mai* 1886. — Les premiers temps marchent aisément: abaissement, incision de la muqueuse vaginale, séparation de la vessie et de l'utérus. Dans le fond du sinus, je sens une sorte de poche molle, et, persuadé que la vessie a été évacuée immédiatement avant l'opération, et que cette poche est le péritoine, je fonce sur elle du bout du doigt. Un flot de liquide clair s'échappe ; mais j'étais tellement convaincu que je devais être dans la cavité péritonéale et non dans la vessie, que je m'acharne à diviser sur les côtés le prétendu péritoine.

Comme ce temps opératoire ne s'exécute pas bien, j'examine avec soin et je constate une large déchirure de la face inférieure de la vessie.

La séparation est reprise, promptement terminée en avant et en arrière.

Avant d'aller plus loin, je ferme avec quatorze points de suture avec de la soie la déchirure de la vessie. Cette suture est étanche et l'eau borique injectée est bien retenue.

Je constate et je fais constater par les assistants que, si les ligatures vasculaires sont si difficiles à placer et tiennent si mal, c'est que, dans la profondeur des parties, le premier nœud se relâche avant que le second soit serré. Ce fait se reproduit constamment et pour chaque fil. On obvie à ce grave inconvénient en faisant le nœud du chirurgien ou le double enroulement des fils pour le premier nœud.

Nous parvenons à placer des ligatures sur la région utérine en bas. Quatre pinces, dont deux courbes et fortes, suffisent pour obtenir une hémostase complète.

Toilette du théâtre opératoire. Gaze iodoformée dans le vagin et autour des pinces, dont les manches et anneaux sont entourés d'ouate aseptique. Sonde à demeure se terminant par un tube-siphon qui fonctionne bien.

L'utérus extirpé a été étudié au laboratoire de la clinique. L'organe a 85 millimètres de hauteur. On reconnaît vers sa corne droite le petit fibrome déjà signalé sur la face antérieure. Il a le volume d'une petite cerise. A l'œil nu et au microscope, la section de la muqueuse vaginale porte sur des tissus absolument sains. La tumeur épithéliale,

grosse comme une noix, occupe le col seul et remonte sur sa muqueuse jusque près du niveau de l'orifice interne. Le tissu pathologique appartient à la variété épithélioma cylindrique.

Le jour de l'opération, quelques vomissements dus au chloroforme.

Enlèvement des pinces et pansement superficiel quarante heures après l'opération.

Pansement complet le cinquième jour.

Pendant les dix premiers jours, la température a oscillé entre 37°,4 et 38°,5, qui n'a été atteint que deux fois.

Vers le huitième jour, la sonde fonctionne moins bien; le pansement vaginal est mouillé. Du dixième au treizième jour la température offre de grandes oscillations avec élévation générale. Elle atteint 39°,5 et deux fois 40°.

Ces phénomènes inquiétants s'amendent brusquement à la chute d'une large escharre comprenant toute la suture vésicale et les parties avoisinant les fils. En quatre jours, du douzième au seizième jour, la température retombe à 37°,5 et ne subit plus que des variations insignifiantes autour de 37°.

En somme, la cure opératoire n'avait été entravée que par la formation, la séparation et la chute de l'escharre vésicale.

A la fin de juin, la plaie utéro-vaginale était complètement guérie. En avant d'elle, on reconnaît une fistule vésico-vaginale admettant facilement l'extrémité du médius, bordée d'une muqueuse vaginale épaisse et foncée et dont l'aire est occupée par la muqueuse vaginale, qui tranche par sa couleur rouge.

L'opérée, qui était fort maigre au moment de l'opération, a eu très rapidement une escharre au sacrum, dont la guérison ne fut complète qu'à la fin de juillet.

Elle quitte l'hôpital pendant les vacances et n'y rentre définitivement que le 13 décembre, près de sept mois après l'hystérectomie.

La malade a un état général excellent; elle a notablement engraissé depuis dix mois.

Aucune trace de récidive de l'épithélioma.

L'orifice de communication entre la vessie et le vagin est situé à la partie supérieure de la cloison vésico-vaginale, contigu au tissu cicatriciel, qui a succédé à la suture du fond du vagin; sa forme est irrégulièrement ovalaire, son diamètre de 1 centimètre et demi à 2 centimètres; il est circonscrit en haut et à droite par ce tissu cicatriciel nommé ci-dessus, tissu fibreux résistant, nullement élastique, lisse et mince; en bas, au contraire, et à gauche, par un bourrelet souple appartenant à la muqueuse du vagin et pouvant facilement être rapproché du bord opposé de l'orifice.

La muqueuse de la vessie d'aspect rougeâtre vient faire comme une hernie légère au niveau de l'orifice fistuleux; un instrument mousse la repousse facilement et pénètre dans le réservoir vésical.

Une potion avec 4 grammes de borax est donnée chaque jour à la malade, aussi l'urine en s'écoulant par le vagin ne cause ni vaginite érythème de la partie interne et supérieure des cuisses.

Opération le 24 décembre dans le décubitus latéral droit. — Au cours de l'avivement, la portion fibreuse du pourtour de l'orifice, très mince, est perforée, et un petit peloton épiploïque vient faire hernie dans le vagin ; on le maintient réduit pendant que l'avivement continue, 11 fils d'argent sont facilement placés à l'aide de l'aiguille fine et courbe de Reverdin, dont je préconise depuis longtemps l'emploi dans la fistule vésico-vaginale ; tamponnement iodoformé, sonde à demeure, métallique.

24 décembre. T. soir, 36°,8, cinq pilules d'opium de 1 centigramme.

25 décembre. T. matin, 37°,6 ; soir, 37°,8 ; légère douleur dans la fosse iliaque droite, nausées, un peu de ballonnement ; six pilules d'opium ; à partir de ce jour on change tous les matins le pansement ouaté superficiel, et on remplace la sonde après lavage boriqué de la vessie.

26 décembre. T. matin, 37°,8. Lavement ; selles abondantes.

27 décembre. Disparition des douleurs et du ballonnement.

28, 29, 30 *décembre.* L'état de la malade est excellent, l'urine coule régulièrement par la sonde à demeure.

31 décembre. On retire le tamponnement de gaze iodoformée, une injection boriquée poussée dans la vessie y reste conteuue ; nouveau tamponnement de gaze iodoformée.

2 janvier. Enlèvement des fils, un seul a lâché prise. La réunion est parfaite, une injection boriquée étant poussée encore dans la vessie, pas une goutte ne transsude dans le vagin. On remet de la gaze iodoformée.

3 janvier. La malade est sondée toutes les deux heures.

6 janvier. Elle urine seule.

10 janvier. Guérison parfaite et solide constatée directement. L'urine est bien conservée.

Exeat. — La malade reste bien guérie de son affection principale et sort complètement débarrassée de sa fistule.

Présentation de pièces.

M. LE DENTU présente des calculs rénaux qu'il a enlevés dernièrement.

Dans le premier cas il s'agit d'une femme qui portait une fistule rénale. L'incision fut pratiquée en suivant le trajet de la fistule, et le rein fut ainsi atteint avec facilité. En explorant l'organe, le calcul fut senti ; grâce à une incision pratiquée à ce niveau, il fut enlevé et la malade guérit.

Dans le second, le calcul était contenu dans le bassinet, c'était chez un homme. Il fut enlevé avec facilité, mais le malade épuisé mourut après quelques jours.

Présentation de malade.

M. Terrillon présente une jeune femme de 25 ans. Elle est atteinte de *craquements sous-scapulaires* sous les deux omoplates, affection dont M. Terrillon s'est occupé déjà à plusieurs reprises. Il avait cherché à démontrer que cette maladie ne se rencontre que chez les rhumatisants.

Or, cette malade a eu une attaque de rhumatisme aigu, qui a occupé exactement la face profonde des deux omoplates, avec craquements violents accompagnés de douleurs, fièvre, sueurs abondantes, pouls fréquent. Il y eut du gonflement au niveau des bords spinaux de l'omoplate.

Cette poussée dura trois semaines, et céda à l'emploi des vésicatoires et du salicylate de soude. Actuellement, les craquements, encore très sensibles, sont plus faibles et occasionnent moins de douleurs.

Cependant la malade ne peut encore reprendre ses occupations d'infirmière à la Salpêtrière.

Ce fait démontre nettement que l'affection est rhumatismale.

La séance est levée à 5 heures.

Le secrétaire,

Terrillon.

Séance du 2 février 1887.

Présidence de M. Lannelongue.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une série de brochures de chirurgie, par M. le Dr de Reverdin (de Genève), membre correspondant étranger ;

3° *Les Leçons d'anatomie et les peintres hollandais aux* XVI° *et* XVII° *siècles*, par le Dr PAUL TRIGORÉ, offert à la Société ;

4° Un travail intitulé : *Calcul enchatonné dans la vessie chez un jeune homme de 18 ans ; taille hypogastrique*, par M. le Dr FLEURY (de Clermont), membre correspondant national (suit le travail) ;

5° *Observation de double ligature de l'artère crurale et de l'artère iliaque droites*, par le Dr MONTEILS (de Mende), membre correspondant (lecture en sera donnée dans une des prochaines séances) ;

6° *De la version en général et particulièrement de la version par manœuvres externes*, par le professeur LÉON DUMAS (de Montpellier) (deux exemplaires) ;

7° *Journal de gynécologie russe*. 1re année, n° 1.

M. le Président annonce que M. MAUNOURY (de Chartres) assiste à la séance.

Communication.

M. CHAUVEL, secrétaire général, donne lecture d'un travail de M. FLEURY (de Clermont), intitulé :

Calcul enchatonné dans la vessie, chez un jeune homme de 18 ans. — Taille hypogastrique. — Guérison sans l'intervention d'une sonde uréthrale.

On observe bien rarement chez les enfants des calculs enchatonnés dans la vessie ; la disposition des fibres musculaires de cet organe, qui ne présentent pas, comme à un âge plus avancé, des cellules où ils peuvent souvent se loger, suffit pour nous rendre compte de cette absence.

Dans une longue pratique, je n'en ai vu qu'un seul exemple chez un enfant de 8 ans. On constatait chez lui tous les symptômes rationnels de la pierre ; la sonde paraissait bien la rencontrer dans le même point, mais cette sensation n'était pas assez nette pour qu'on pût porter un diagnostic certain.

Je l'opérai par la taille sous-pubienne. Comme le périnée offre à cet âge peu d'épaisseur, je pus facilement introduire le doigt dans la vessie, sentir le calcul sur sa paroi antérieure ; mais il me fut impossible de le contourner ; il paraissait adhérer à la membrane muqueuse.

Une tenette droite avait peu de prise ; je me servis d'une pince à polype recourbée ; ses mors glissaient sur la pierre sans pouvoir la dégager. J'engageai l'aide, qui avait tenu le cathéter, à déprimer fortement l'hypogastre ; la paroi antérieure de la vessie vint à la ren-

contre de mon doigt, et je pus dégager le corps étranger de l'espèce de chaton dans lequel il était logé.

La pierre était assez volumineuse et pesait 10 grammes ; elle était ovalaire (2 centimètres et demi dans son plus grand diamètre et 2 dans le petit).

Les suites de l'opération furent très simples ; l'enfant se rétablit promptement.

Dans le cas actuel, les choses ne se sont pas passées aussi bien. Fort heureusement, je ne songeai pas à la lithotritie, et je donnai la préférence à la taille hypogastrique.

Les conditions dans lesquelles s'est présenté ce calcul m'ont paru si exceptionnelles que j'ai cru devoir les signaler à la Société de chirurgie.

Le jeune malade, âgé de 18 ans, était le fils d'un cultivateur de la montagne ; il fut reçu à l'hôtel-Dieu de Clermont, le 2 novembre 1886. Doué d'une assez bonne constitution, il n'avait jamais été souffrant. Pendant sa première enfance, il avait eu une incontinence d'urine nocturne qui n'avait rien de commun avec la maladie actuelle.

Il ressentit pour la première fois, il y a deux ans, la première atteinte de son mal ; les besoins d'uriner étaient fréquents, la verge était le siège de picotements assez pénibles, et les urines laissaient déposer au fond du vase un produit blanchâtre.

Il se décida à aller consulter le médecin de la petite ville qu'il habitait ; le cathétérisme fut pratiqué ; mais, comme il ne constata la présence d'aucun corps étranger, il crut à une cystite du col qu'il combattit avec des perles d'éther, du goudron et de l'eau de Vichy.

Cette médication n'eut aucun effet ; il lui conseilla alors de venir à Clermont et d'entrer à l'hôpital de cette ville.

Le malade présente tous les symptômes rationnels de la pierre :

Besoins fréquents d'uriner lorsqu'il est debout, parfois interruption brusque du jet de l'urine, sensation d'un corps étranger lorsqu'il marche rapidement, ou qu'il se retourne brusquement dans son lit, urines légèrement troubles, contenant du mucus qui se dépose au fond du vase.

Le cathétérisme vient confirmer le diagnostic.

On sent très distinctement un bruit sec qui ne laisse aucun doute sur l'existence d'un calcul ; il ne restait plus qu'à en déterminer les dimensions pour être fixé sur le traitement auquel on aurait recours.

Un lithotriteur est introduit dans la vessie, après une injection préalable d'une solution d'acide borique ; mais cet organe est tellement irritable qu'une partie du liquide est chassée violemment ; le calcul est cependant saisi ; l'écartement des mors est de 45 millimètres.

J'hésitai un instant pour savoir si je pratiquerais la lithotritie ou la cystotomie. L'irritabilité de la vessie, d'une part ; de l'autre, l'innocuité de la taille à cet âge, me firent préférer cette dernière ; je choisis la taille hypogastrique, qui m'avait bien réussi chez les deux derniers malades que j'avais opérés.

Les suites me prouvèrent que j'avais été bien inspiré, car si j'avais

serré les mors de l'instrument, la muqueuse vésicale eût été déchirée.

L'opération fut pratiquée le 5 novembre (le malade avait été purgé la veille); elle fut aussi simple que possible.

400 grammes d'eau à peu près furent introduits dans le ballon, 200 grammes d'une solution d'acide borique injectés dans la vessie.

Une incision de 5 centimètres fut suffisante pour arriver à la vessie et y pratiquer une ouverture qui pût livrer passage au calcul. Mais quel ne fut pas mon étonnement, en le soulevant avec l'index de la main droite recourbé en crochet, de voir qu'il était coiffé par la muqueuse dans la plus grande partie de son étendue; il n'était à nu que sur un point très limité, dont nous avons pu déterminer l'étendue; son énucléation n'offrit, du reste, aucune difficulté.

Il a la forme d'un ovale allongé, dont le grand diamètre est de 4 centimètres et le petit de 3; il est blanc, très léger (27 grains) et composé de phosphate de chaux. La partie qui est à nu dans la vessie représente à peu près le quart de sa surface et présente une coloration jaune, assez prononcée, qui tranche sur les autres, que recouvre la muqueuse vésicale; deux pointes assez acérées pénètrent à la face externe de cette dernière et servent à l'y fixer. La distension qu'il a exercée sur elle l'a allongée assez fortement pour lui permettre de flotter dans le réservoir de l'urine; de là l'explication de la présence d'un corps étranger qui se déplaçait et qui pouvait même arriver jusqu'à l'ouverture du col, pour suspendre momentanément le cours de l'urine. Comme il était à découvert sur une certaine étendue, on conçoit que le bec de la sonde, en le rencontrant, ait donné la sensation d'un corps dur. Du sang s'écoule en petite quantité à la surface de la plaie, qui a été réunie par trois points de suture pratiqués avec des fils d'argent, après l'introduction du double tube en caoutchouc de Périer.

Le petit malade a bien supporté l'opération, son état est satisfaisant, l'appétit est conservé, la température a oscillé les premiers jours entre 38 et 40°; il existe seulement un léger ballonnement de l'abdomen, que l'on combat avec des frictions d'huile de camomille camphrée et une potion éthérée.

Les tubes sont difficilement supportés, et comme ils fonctionnent assez mal, je les enlève au bout de quatre jours et je les remplace par une sonde en caoutchouc vulcanisé, introduite par le canal de l'urèthre, qui me sert à continuer les injections dans la vessie; la plaie est pansée avec de l'ouate imbibée de liqueur de Van Swieten. La sonde, qui a été fixée à la verge, détermine également des douleurs; je me contente de l'introduire matin et soir et de la retirer après l'injection.

L'urine s'écoule alors par la plaie; mais comme elle est claire et sans odeur, elle n'irrite pas les téguments, comme nous l'observons chez les vieillards.

Les fils d'argent ont été enlevés au bout de dix jours, les lèvres de la plaie sont parfaitement réunies; tout semble donc nous promettre une guérison prochaine.

J'attendais, pour placer de nouveau une sonde à demeure, que l'irri-

tabilité du col de la vessie fût un peu calmée, lorsque je m'aperçus que la pression exercée sur la région hypogastrique provoquait la sortie d'une assez grande quantité de pus; il était de bonne nature, mais comme il s'échappait difficilement, son odeur était fétide et difficilement neutralisée par des injections antiseptiques.

Cette suppuration a été assez abondante pendant quatre jours pour nous faire craindre qu'elle n'épuisât le malade. D'où provenait-elle? Évidemment du tissu cellulaire placé entre la vessie et le rectum; ce qui nous l'a prouvé, c'est que le cinquième jour le pus a été rendu par l'anus. A dater de ce moment, l'écoulement s'est presque entièrement arrêté à la région hypogastrique.

Quelle est la cause de cette inflammation? L'opération avait été simple, le traumatisme léger; nous ne pouvons l'attribuer qu'au décollement de la muqueuse vésicale opéré par le corps étranger.

La sonde a été replacée à plusieurs reprises, mais ses ouvertures s'obstruent si facilement que je suis forcé de la retirer au bout de vingt-quatre heures.

J'ai redouté pendant quelques jours la persistance d'une fistule à la région sous-pubienne; mais la plaie s'est fermée d'une manière complète, et les premiers jours de janvier une injection distendait la vessie sans que le liquide sortît à l'hypogastre. La guérison est donc aussi parfaite que nous pouvions le désirer.

Un mot en finissant sur les avantages de la taille hypogastrique.

Il n'est pas douteux que, chez des vieillards, si la lithotritie n'est pas possible, on ne doive la préférer à la cystotomie sous-pubienne, qui intéresse des organes bien autrement importants. J'en dirai autant pour les adultes, lorsque le calcul est trop volumineux pour être broyé ou pour être retiré par la périnée, lorsque sa consistance est trop grande ou qu'il est enkysté ; mais il n'en est pas de même chez les enfants.

J'ai fait à l'hôtel-Dieu de Clermont, depuis 50 ans, un grand nombre de cystotomies périnéales; sur 22 opérations pratiquées chez les enfants je n'en ai perdu que deux, c'est donc un procédé simple et facile. En serait-il de même pour la taille hypogastrique? C'est possible, mais nous sommes aux prises avec bien des difficultés.

On ne trouve pas à cet âge la docilité nécessaire pour leur faire garder le décubitus horizontal pendant un mois au moins; la vessie supporte mal le double tube de Perier, son col est d'une irritabilité telle que les sondes en caoutchouc vulcanisé, malgré leur souplesse, ne sont pas tolérées. On est donc forcé de les retirer à chaque instant, soit pour les nettoyer, soit pour laisser reposer l'organe; la vue de l'instrument suffit pour les épouvanter.

Chez le malade dont on vient de lire l'observation, j'ai été heureusement servi par les circonstances, car j'étais loin de croire à l'enkystement d'un calcul.

Rapport

Sur une observation de kyste dermoïde dans le rebord alvéolaire des incisives de la mâchoire supérieure, communiquée à la Société de chirurgie par M. le Dr Jeannel.

Rapport de M. Berger.

Dans la séance du 21 juillet dernier, je vous ai communiqué, de la part de M. le Dr Jeannel, une intéressante observation intitulée : *Kyste dermoïde développé dans le rebord alvéolaire des incisives de la mâchoire supérieure*. Le diagnostic admis par M. Jeannel et appuyé sur un examen histologique pratiqué par M. le Dr Laulanié ayant été l'objet de quelques critiques, M. le Dr Jeannel a soumis la pièce en question à l'examen de M. Malassez. Voici la réponse que celui-ci vient de lui adresser :

« J'ai examiné le kyste dermoïde du maxillaire que vous m'avez envoyé cet été. Les parois sont formées, dans leurs parties les plus internes, d'une couche de tissu conjonctif simulant un derme : elle présente en effet des prolongements en forme *de papilles*, et elle est tapissée par un revêtement épithélial pavimenteux assez épais. Ce revêtement reproduit, par places, le type de l'épithélium buccal ordinaire de l'homme ; en d'autres, celui de l'épithélium cutané avec sa couche granuleuse (éléïdine) et sa couche cornée, fait intéressant à noter, car dans la bouche de l'homme M. Ranvier n'a trouvé d'éléïdine que sur la muqueuse gingivale, alors que chez d'autres mammifères il en a constaté par toute la bouche.

« Dans les couches superficielles de ce revêtement, on trouve cà et là des amas de vacuoles et de petites cavités. On y remarque aussi des fentes, des dissociations de cellules, etc. Ces particularités expliquent, et la formation de la cavité kystique, et la grande irrégularité de sa surface interne.

« En certains points de la paroi, dans le tissu conjonctif, et à une certaine distance du revêtement épithélial, il existe des trainées d'épithélium pavimenteux; on ne saurait les prendre pour de simples prolongements interpapillaires, ce sont plutôt des points d'accroissement ou d'envahissement, ce qui indiquerait un certain degré de malignité et la possibilité de récidives.

« Anatomiquement parlant, cette tumeur est bien le kyste dermoïde ; mais comme cette dénomination répond à une idée pathogénique toute spéciale qui s'applique fort mal à beaucoup de kystes dits dermoïdes, comme il en est d'espèces très différentes, il faut s'expliquer.

« Ici nous avons affaire, il me semble, à une néoformation épithéliale, à un épithélioma (les points d'accroissement le prouvent), à un épithélioma pavimenteux, mais qui, au lieu de se disposer en masses pleines comme d'ordinaire, s'est disposé en revêtement de type dermoïde ou ectodermique, et a pris la forme kystique. Ce serait donc un épithélioma dermoïde, de la même façon que les kystes de l'ovaire sont des épithéliomas muquoïdes.

« Quant à la l'origine de cette néoformation, il n'y a pas lieu d'admettre une véritable inclusion fœtale; ni même une invagination ectodermique s'étant produite *accidentellement* pendant la période fœtale. Il est plus simple et plus vraisemblable de supposer le point de départ dans un de ces bourgeonnements épithéliaux normaux qui accompagnent la formation de l'organe de l'émail, et qui, persistant, la dent une fois formée, constituent ce que j'ai fait connaître sous le nom de débris épithéliaux paradentaires. Il existe justement de ces débris, parmi les plus superficiels, qui présentent à leur intérieur de véritables globes épidermiques. Cependant il ne serait pas impossible que la néoformation résultât d'un bourgeonnement plus récent parti de l'épithélium gingival. »

J'ajoute que depuis que l'observation en question vous a été communiquée, aucune nouvelle récidive ne s'est produite et n'a justifié l'hypothèse émise par quelques-uns de nos collègues, et d'après laquelle la tumeur en question devrait être considérée comme une tumeur maligne.

Communication.

Statistique des opérations faites à l'hôpital Bichat pendant l'année 1886,

Par M. F. Terrier.

Selon mon habitude, j'ai l'honneur de vous soumettre la statistique des opérations qui ont été faites dans mon service pendant l'année 1886.

1° *Opérations sur les yeux* (36 opérations).

9 cataractes; 8 guérisons, 1 iritis avec oblitération pupillaire.
2 iridotomies; la cataracte secondaire s'est reproduite les deux fois.
9 iridectomies antiphlogistiques; 9 guérisons.
1 iridectomie optique; 1 guérison.

6 strabotomies; 6 guérisons.
6 ablations du globe; 6 guérisons.
1 ablation d'un dermoïde conjonctival; 1 guérison.
1 entropion (thermocautère); 1 guérison.
1 ablation des parties molles de l'orbite; 1 guérison.

2° *Opérations faites sur la tête et la face* (9 opérations).

3 kystes sébacés (du cuir chevelu, du menton, de la région préauriculaire), ablation; 3 guérisons.
1 lipome du front, ablation; 1 guérison.
1 kyste du maxillaire supérieur, drainage; 1 voie de guérison.
1 suture du maxillaire inférieur fracturé; 1 guérison.
1 enlèvement d'une balle de revolver dans le masséter; 1 guérison.
1 épithélioma du nez, ablation; 1 guérison.

3° *Opérations sur le cou* (11 opérations).

3 abcès ganglionnaires, grattage; 3 guérisons.
3 ganglions, ablation; 3 guérisons.
1 phlegmon profond, ouverture; 1 guérison.
1 kyste sébacé, ablation; 1 guérison.
1 extirpation du lobe droit de la thyroïde; 1 guérison.
1 ablation d'un goitre vasculaire; 1 guérison.
1 abcès froid prélaryngien, ouverture et grattage; 1 guérison.

4° *Opérations sur le thorax et le sein* (18 opérations).

1 épithélioma de la paroi cutanée, ablation; 1 guérison.
1 résection costale; 1 guérison.
1 abcès froid, ouverture et grattage; 1 guérison.
1 gomme sternale, ouverture et grattage; 1 guérison avec fistule persistante.
1 phlegmon sous-pectoral, ouverture; 1 guérison.
1 ablation de corps étrangers du sein (deux tubes à drainage); 1 guérison.
4 adénomes du sein; 4 guérisons.
8 cancers du sein; 6 guérisons, 2 morts de broncho-pneumonie, dont l'une tardive.

5° *Opérations faites sur l'abdomen et l'intestin* (34 opérations).

5 opérations de hernies étranglées (inguinales); 3 guérisons, 2 morts de péritonite.
1 hernie ombilicale sphacélée (entérotomie); 1 guérison.

1 hernie crurale étranglée et gangrenée, anus contre nature, tentative d'occlusion, insuccès; 1 insuccès.
2 cures radicales de hernies épigastriques; 2 guérisons.
1 cure radicale de hernies crurales; 1 guérison.
8 cures radicales de hernies inguinales; 8 guérisons.
1 fibrome de la paroi, ablation; 1 guérison.
3 incisions exploratrices pour tumeurs abdominales; 3 guérisons.
1 kyste hydatique du foie, ablation avec enlèvement de la vésicule biliaire; 1 mort au 15e jour de péritonite.
1 fistule de l'espace pelvirectal supérieur, application de l'entérotome; 1 guérison.
2 hémorrhoïdes, ablation; 2 guérisons.
6 fistules anales; 6 guérisons.
1 polype du rectum, ablation; 1 guérison.
1 rectotomie linéaire; 1 guérison.

6° *Opérations pratiquées sur les organes génitaux de l'homme* (13 opérations).

1 testicule tuberculeux, ablation; 1 guérison.
2 hydrohématocèles, incision et excision; 2 guérisons.
1 hydrocèle, incision et extirpation de corps étrangers, etc.; 1 guérison.
1 hydrocèle, injection iodée; 1 guérison.
3 hydrocèles, procédé de Defer; 3 guérisons.
2 phimosis; 2 guérisons.
3 varicocèles, ligature et excision; 3 guérisons.

7° *Opérations faites sur les organes génitaux de la femme* (66 opérations).

1 hystérectomie vaginale incomplète; 1 mort de péritonite suppurée.
12 hystérectomies vaginales; 10 guérisons, 2 morts par accidents urémiques.
6 grattages de l'utérus pour épithélioma; 6 guérisons temporaires.
1 curage de l'utérus pour fongosités; 1 guérison.
2 ablations du col pour épithélioma; 2 guérisons.
2 ablations du col pour fibromes; 2 guérisons.
1 ablation du col pour hypertrophie; 1 guérison.
4 polypes utérins fibreux et cellulo-vasculaires; 4 guérisons.
1 débridement du col, atrésie; 1 guérison.

6 hystérectomies abdominales; 3 guérisons, 1 mort par hémorrhagie, 1 de péritonite aiguë, 1 de péritonite chronique un mois après l'opération.
1 salpingite suppurée, ablation avec le professeur Trélat; 1 guérison.
1 opération de Battey, accidents hystériques; 1 guérison.
23 ovariotomies complètes; 19 guérisons, 4 morts (2 de péritonite aiguë, 1 d'urémie et 1 de péritonite chronique avec albuminurie trois semaines après l'opération faite par M. Périer).
1 ovariotomie incomplète; 1 mort d'épuisement.
3 ablations de la glande vulvo-vaginale; 3 guérisons.
1 polype de l'urèthre, ablation; 1 guérison.

8° *Opérations sur les voies urinaires* (13 opérations).

1 extrophie vésicale (Dr Richelot); 1 guérison.
2 cancers du rein, ablation; 2 morts (péritonite et 2e rein cancéreux).
1 hydronéphrose (calculs du rein), ablation par le professeur Trélat; 1 guérison.
1 fistule vésico-vaginale, 1re opération; 1 guérison préliminaire.
2 fistules vésico-utérines; 2 insuccès.
1 cystotomie vaginale pour cancer de l'urèthre; 1 guérison (mort ultérieure, d'urémie).
3 uréthrotomies internes; 3 guérisons.
1 corps étranger de l'urèthre (uréthrotomie externe); 1 guérison.
1 calcul de la région prostatique de l'urèthre, extirpation; 1 guérison avec incontinence d'urine.

9° *Opérations pratiquées sur le membre supérieur* (15 opérations).

1 résection de la clavicule nécrosée; 1 guérison.
1 résection de l'humérus; 1 mort subite tardive (tuberculose aiguë).
1 amputation de l'avant-bras; 1 guérison.
4 amputations et désarticulation de doigts; 4 guérisons.
1 résection du 1er métacarpien; 1 guérison.
1 résection du coude; 1 guérison.
1 résection du cubitus; 1 guérison.
2 ablations de ganglions ou kystes synoviaux; 2 guérisons.
1 grattage et excision de synoviale fongueuse du poignet; 1 guérison.
1 ablation d'un lipome deltoïdien; 1 guérison.
1 abcès froid sus-épitrochléen, ouverture et grattage; 1 guérison.

10° *Opérations sur le membre inférieur* (16 opérations).

1 molluscum kystique de la région trochantérienne, ablation; 1 guérison.
3 évidements du tibia; 1 guérison, 2 en voie de guérison.
1 ablation de l'épiphyse inférieure du tibia; 1 guérison.
1 corps étranger du genou (arthrotomie); 1 guérison après accidents graves.
1 évidement de calcanéum; 1 guérison.
1 résection d'un métatarsien; 1 guérison.
1 amputation du 1er métatarsien; 1 guérison avec fistule.
3 ongles incarnés; 3 guérisons.
1 tumeur blanche du genou (arthrotomie); 1 mort de broncho-pneumonie trois semaines après l'opération.
1 hygroma du gros orteil, incision et excision; 1 guérison.
1 tumeur mélanique de la jambe, ablation; 1 guérison.
1 suture du tibia; 1 en traitement (voie de guérison).

Sur ces 231 opérations, dont au moins 70 sont très graves, nous avons 19 décès.

Deux malades opérées de cancer du sein sont mortes de broncho-pneumonie, l'une très rapidement après l'opération, l'autre tardivement, alors que la réunion par première intention était parfaite.

Les deux hernies étranglées que nous avons perdues ont succombé, aux 6e et 7e jours, à des accidents de péritonite subaiguë et suppurée.

La malade opérée de kystes multiples du foie est morte de péritonite suppurée vers le 15e jour après son opération. Il s'agissait de kystes hydatiques multiples qui furent successivement ouverts et dont l'un même fut entièrement enlevé avec suture du foie consécutive. De plus, en ouvrant les kystes, on dut enlever la vésicule biliaire. Il s'agissait d'un cas des plus complexes et des plus difficiles.

Une hystérectomie vaginale incomplète fut suivie de péritonite aiguë. La néoformation épithéliale adhérait aux parties voisines et envahissait les ligaments larges.

Les deux autres hystérectomies vaginales complètes sont mortes avec des accidents urémiques, bien que les uretères n'aient pas été lésés pendant l'opération. Dans les deux cas les reins étaient malades et graisseux.

Les trois hystérectomies abdominales succombèrent : l'une aux suites d'une hémorrhagie résultant de la rupture du lien élastique

placé sur le pédicule ; l'autre à une péritonite aigue suppurée ; la troisième à une péritonite chronique avec adhérences des anses intestinales entre elles. Cette mort eut lieu près d'un mois après l'opération.

L'ovariotomie incomplète a succombé à des accidents de choc traumatique. Le kyste très vaste était adhérent de tous côtés.

Sur les quatre ovariotomies qui furent suivies d'insuccès, une mourut d'accidents urémiques, les reins étaient malades ; une autre à des phénomènes de péritonite chronique quinze jours environ après l'opération, il y avait aussi des troubles du côté du rein ; une troisième de péritonite aiguë ; enfin, une quatrième aussi de péritonite suppurée, un débris d'éponge étant resté dans la cavité abdominale.

Les deux cancers du rein enlevés par M. Périer et par moi furent enlevés par des accidents de péritonite dans le premier cas, par des phénomènes urémiques dans le deuxième cas; le deuxième rein était lui-même rempli de noyaux cancéreux.

Une arthrotomie a succombé à des accidents de broncho-pneumonie peu après l'opération, faite par un de mes collègues qui me remplaçait. Enfin, un blessé sur lequel j'avais pratiqué tardivement la résection de l'humérus est mort subitement ; l'autopsie nous révéla une tuberculose aiguë généralisée des poumons.

Comme on le voit, sauf les accidents de péritonite, je n'ai pas eu de mort due à des complications des plaies ; d'ailleurs, dans toute cette année, je n'ai observé qu'un érysipèle après incision d'un abcès du cou, le malade avait été s'inoculer dans le service de médecine voisin, où en ce moment il y avait des érysipèles de la face.

J'ajouterai que dans un cas d'arthrotomie pour corps étranger du genou la plaie suppura, et il se développa une arthrite purulente qui saigna antiseptiquement, ne donna lieu à aucun accident général grave et ne se termina pas par ankylose.

Discussion.

M. Després. Je produirai également ma statistique, qui me semble aussi très favorable, car je n'ai eu cette année que deux cas d'érysipèle.

L'un fut un érysipèle de la face, dont l'origine était une conjonctivite.

L'autre était dû à la présence d'une vieille fistule de l'aisselle.

Ces faits ne sont pas, pour moi, le résultat d'une contagion, car je ne crois pas à cette théorie.

J'admets seulement que l'érysipèle est plus commun certaines années que d'autres, sans que je puisse expliquer pourquoi.

M. Trélat. Je n'admets pas la négation de M. Després par rapport à la contagion, et je considère celle-ci comme admise par presque tous les chirurgiens, et actuellement suffisamment démontrée.

Il me semble que la fréquence de cette maladie doit tenir à l'encombrement; car j'en ai vu plusieurs l'année dernière, alors que j'avais des brancards en grand nombre dans ma salle.

Actuellement, que mon service est moins encombré, l'érysipèle n'existe plus.

Les précautions minutieuses que nous prenons pour le pansement des plaies a une influence considérable sur l'apparition de cette complication.

M. Terrier. Je n'ai pas besoin de dire que je suis d'une opinion absolument opposée à celle de M. Després.

Le malade qui a eu un érysipèle dans mon service avait été contaminé en se promenant dans le service de médecine voisin du mien, où se trouvaient des malades atteints d'érysipèle de la face.

J'ai fait isoler mon malade, et la contagion n'a pu gagner les autres.

M. Després. Nous défendons chacun notre opinion. Cependant, j'avoue que d'après la théorie de la contagion, quand un individu a un érysipèle dans une salle d'hôpital, ses voisins de lits, opérés, doivent la prendre. Or, c'est ce que je n'ai pas vu; donc, je ne crois pas à la contagion.

Communication.

M. Routier lit une observation intitulée : *Rétrécissement généralisé du système artériel.*

Ce travail est renvoyé à une commission.

Communication.

M. le Secrétaire général donne lecture d'une observation de M. le Dr Monteils, chirurgien de l'hôpital de Mende (Lozère), intitulée :

Double ligature de l'artère crurale et de l'artère iliaque externe droites.

Alle (Jean-Pierre), 61 ans, sabotier, entre à l'hôpital de Mende le 1er août 1886.

Le 23 juillet précédent, il travaillait de son état, lorsque, surpris par l'arrivée inattendue d'une personne, il voulut se lever précipitamment de son siège. Dans ce mouvement, il s'enfonce la pointe d'un couteau qu'il tenait à la main dans la cuisse droite, à la partie interne et au tiers moyen du membre. Une violente hémorrhagie, par jets saccadés, se déclare; on l'arrête au moyen d'une compression circulaire. Le médecin du voisinage est appelé quatre jours après, le 27, et procède à l'application du tourniquet, à 9 centimètres de l'arcade fémorale.

La pelote, laissée en place jusqu'au 1er août, détermine la gangrène de la peau dans une étendue de 5 centimètres et provoque une violente inflammation périphérique. Dans le but d'en amener la résolution, on emploie de nombreuses frictions d'onguent napolitain.

Un second médecin appelé conseille au blessé de se faire transporter à l'hôpital de Mende.

A son entrée, le malade est dans l'état suivant :

Constitution chétive; teint cachectique; amaigrissement considérable, salivation mercurielle incessante, gengivite intense. Membre inférieur droit fortement œdématié. La cuisse droite, siège de la blessure, au niveau de la partie atteinte offre un pourtour supérieur de 10 centimètres à celui de la cuisse saine; dans une étendue de 12 centimètres au-dessus et au-dessous, mais principalement au-dessus de la plaie, existe une tuméfaction douloureuse et une induration très grande des tissus. La plaie entre-baillée, à direction transversale, de l'étendue de 2 centimètres, occupe la face interne et le bas du tiers moyen de la cuisse. A l'auscultation, on entend au niveau de la tumeur un bruit de souffle très prononcé, et la main perçoit dans la même région la sensation caractéristique du thrill. Le malade ressent de violents élancements dans tout le membre.

Le tourniquet est remplacé par un bandage compressif qui s'étend du pied à la racine de la cuisse.

Au bout de quelques jours, le 8 août dernier, avec le concours éclairé de mes deux honorables confrères, M. le Dr Mermantier, médecin-major du 142e, et M. le Dr Bourrillon, médecin adjoint de l'hôpital, je procède à l'opération.

Sans ignorer les inconvénients que présente en ce point la ligature de la crurale, je l'effectue immédiatement au-dessus du ligament de Fallope. L'opération a été faite avec les précautions de la méthode de Lister.

La ligature effectuée, disparition de tout battement dans la tumeur, dans la crurale et dans toutes les artères du membre intérieur.

9 *août*. Nuit bonne; pouls 90, température du membre opéré 38°; température de la cuisse gauche 37°. Du reste, pendant toute la durée de la maladie jusqu'après la ligature de l'iliaque, le membre blessé a

présenté toujours à l'examen thermométrique un degré d'élévation de plus que le membre sain.

Le 4 septembre, vingt-six jours après l'opération, la ligature tombe et la plaie est réduite à l'étendue d'une lentille, mais elle est profonde, excavée; la tumeur anévrysmale se réduit progressivement de volume.

Le 30 septembre, la petite plaie qui donnait passage à la ligature ne s'est pas encore cicatrisée. Elle donne quelques gouttes de sérosité sauguinolente. Au-dessus de l'arcade crurale, les battements de l'extrémité de l'iliaque externe, toujours perceptibles, augmentent de jour en jour de force, et l'on sent en dehors, le long de l'arcade crurale, dans l'étendue de deux travers de doigt, les pulsations manifestes d'une grosse artère qui se dirige vers la crête iliaque. Soupçonnant qu'ils proviennent de la circonflexe iliaque, et dans le but également de modérer l'impulsion des battements de l'extrémité de l'artère iliaque, j'établis sur la région une compression méthodique à l'aide de compresses graduées et d'une bande, que je remplace bientôt par la pelote excavée d'un bandage crural, lequel n'exerce, ainsi disposé, aucune pression sur la plaie cutanée.

Ces moyens, continués pendant un mois, restent infructueux. On sent manifestement qu'une tumeur ovoïde, résistante, agitée de mouvements isochrones au pouls se développe, au-dessus de l'arcade crurale, dans le bout inférieur de l'artère iliaque externe, et qu'un anévrysme est là en voie de formation. La plaie consécutive à la ligature de l'artère fémorale présente toujours la même physionomie.

Je me décide à faire la ligature de l'artère iliaque externe, d'accord avec mes collègues.

Je la pratique, assisté de mes honorables confrères, le 13 décembre dernier; j'emploie le procédé conseillé par M. le professeur Farabeuf. Les muscles (petit, oblique et transverse) soulevés puis incisés avec les ciseaux, le long de l'index gauche, qui en précède les branches, je romps le fascia transversalis plus haut qu'à l'endroit d'élection, descelle le péritoine et pénètre dans la fosse iliaque de manière à atteindre et à lier l'artère iliaque externe à 8 centimètres de l'arcade crurale, à 3 centimètres du sommet de la tumeur anévrysmale, que je ne vois pas, mais dont je sens les battements, et aussi loin que possible, dans ces fâcheuses conditions, de la bifurcation de l'iliaque primitive. La ligature est faite avec de la soie phéniquée et portée autour de l'artère avec l'aiguille de Deschamps.

La ligature effectuée, tout battement disparaît dans la tumeur anévrismale.

Suture à peu près complète de la plaie; placement d'un drain à l'angle interne; pansement de Lister.

Aucun fait saillant ne se produit jusqu'au 28 décembre, sauf la tendance des lèvres de la plaie abdominale, bien que les parties profondes soient cicatrisées, à se couvrir de taches diphtéritiques, combattues par des applications d'iodoforme.

Chute de la ligature le 28 décembre, seize jours après l'opération. Le malade perd l'appétit, a de la diarrhée, quelques frissons, des

nausées, qu'un traitement approprié fait disparaître. La plaie abdominale est complètement cicatrisée.

Le 9 janvier, le fond de la plaie consécutive à la ligature de la fémorale semble se soulever. Elle s'est agrandie et modifiée dans son aspect depuis la ligature de l'iliaque ; elle présente, dans une étendue de 3 centimètres, une escharre.

Le 10 janvier, même état de faiblesse générale, pouls à 70, un peu plus d'appétit. Le thermomètre depuis la ligature de l'iliaque a changé ses indications et marque un degré de chaleur de plus dans le membre sain que dans le membre du côté blessé.

Au-dessus de l'arcade fémorale, on perçoit par le palper l'existence d'une tumeur solide, cylindrique, qui n'est autre que l'anévrisme en voie de se solidifier. Du reste, aucun battement artériel n'est perceptible dans les artères superficielles ou profondes du membre inférieur.

Le 14 janvier au soir, sans cause appréciable, une violente hémorrhagie se déclare subitement par la plaie de la ligature de l'artère crurale. Le blessé perd près de 2 litres de sang, tombe en syncope, rend involontairement des selles ; le pouls a complètement disparu, l'hémorrhagie s'arrête spontanément.

J'arrive et place un bandage compressif.

Le 15, pouls misérable à 120, somnolence, délire fugace, aphonie, rétention d'urine.

Le 16, même état, affaissement encore plus marqué.

Mort du blessé le 17, sans agonie.

Autopsie. — Au tiers moyen et interne de la cuisse on met à nu une tumeur allongée de la longueur de 14 centimètres, située entre la face postérieure du muscle droit antérieur qui la recouvre et la face interne de la diaphyse du fémur. Celle-ci est dépourvue de son périoste à ce niveau, érodée, parsemée de petites élévations osseuses que séparent des dépressions du tissu osseux ramolli et facile à entamer avec la gouge. Cette tumeur est en contact direct avec l'artère fémorale par un seul point situé au côté externe du vaisseau. Celui-ci ouvert, on constate que l'artère ne communique pas avec la cavité de la tumeur, mais qu'elle en est séparée par une mince membrane. A ce niveau, qui correspond à la plaie cutanée faite par l'instrument tranchant, existe, sur la paroi artérielle, un sillon irrégulier constitué par le retrait de la membrane interne et de la membrane moyenne divisées par la pointe du couteau, le retrait a persisté malgré la cicatrisation de la plaie artérielle depuis que la ligature de l'artère fémorale a empêché l'abord du sang dans la tumeur. Celle-ci, dont la forme rappelle celle du rein surmonté de sa capsule surrénale, renferme deux masses distinctes : l'une, la plus considérable, constituée par une masse jaunâtre, feuilletée, très adhérente à l'enveloppe qui l'entoure ; l'autre, qui remonte, en s'en éloignant, le long de l'artère crurale, est composée d'une série de caillots sanguins rougeâtres agglomérés.

L'orifice de l'artère fémorale profonde offre de très graves lésions artérielles. Le pourtour de l'orifice est rougeâtre fongueux ; il en est de même de la paroi artérielle. Ces fongosités se propagent aux lèvres

de la plaie consécutive à la ligature de la fémorale et ont donné à leur tissu une véritable structure érectile, cause principale de leur non-cicatrisation. Le calibre de l'orifice de l'artère circonflexe externe est diminué, celui de la fémorale profonde augmenté.

Ouverte au niveau de sa ligature, l'artère fémorale est saine; sa membrane interne a conservé sa couleur normale ainsi que sa fermeté et son poli; son calibre est diminué. A ce rétrécissement succède la dilatation produite dans l'artère iliaque par l'anévrysme qui s'est développé à son extrémité. Celui-ci, de forme ovoïde, d'une longueur de 5 centimètres, semble constitué par l'expansion de toutes les membranes artérielles. Ouvert, on le trouve rempli de caillots noirâtres, solides, résistants, qui se prolongent dans toute la longueur de l'artère iliaque externe jusqu'au niveau de sa ligature.

Celle-ci a été pratiquée à 2 centimètres et demi de la bifurcation de l'iliaque interne; une simple cicatrice blanchâtre entourant le vaisseau est, comme à la suite de la ligature de la crurale, la seule marque de la section par le fil qu'ont subie ces deux artères; l'une et l'autre à ce niveau ont conservé le tiers de leur calibre.

Par quelle voie s'est produite l'hémorrhagie ? C'est par le bout supérieur de l'artère crurale que le sang a été fourni, la grosseur du calibre de la fémorale profonde, l'état pathologique de son orifice, qui avait empêché tout travail de retrait, permettent de croire que c'est ce vaisseau, et non la circonflexe externe dont l'orifice plus petit était retraité, qui a servi de voie à l'hémorrhagie.

Malgré la mort du malade, on ne saurait considérer cette opération de ligature de l'artère iliaque externe comme un insuccès, car la section régulière de l'artère iliaque par la ligature, la formation dans toute l'étendue de sa longueur et de l'ampoule anévrysmale de son extrémité d'un caillot solide, résistant, en voie de transformation, quand le dénouement total est venu, le rescellement du péritoine, la cicatrisation complète de la plaie cutanée, toutes les phases qui précèdent la guérison, se sont accomplies.

La mort ne peut être attribuée qu'à la cachexie profonde du blessé et à l'inflammation chronique des lèvres de la plaie fémorale, ainsi que des parois sous-jacentes de l'artère crurale, rendues ainsi réfractaires à tout travail de cicatrisation.

La séance est levée à 5 heures.

La Société se forme en comité secret.

Le Secrétaire,

TERRILLON.

Paris. — Société d'Imp. PAUL DUPONT (Cl.) 38.2.87. *Le Gérant* : G. MASSON.

Séance du 9 février 1887.

Présidence de M. Lannelongue.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° *Hernie crurale étranglée; kélotomie; cure radicale*, par M. le Dr Vignes, de Guillon (Yonne) (Commission : M. Nepveu);

3° *Corps étranger organique intra-articulaire du genou; arthrotomie et extirpation d'un kyste synovial du poignet*, par le Dr Krug-Basse, médecin principal de l'armée à Besançon (Doubs) (Commission : M. Kirmisson);

4° M. Desprès demande un congé pendant la durée de la session du Conseil municipal;

5° M. le baron Larrey offre à la Société : les *Comptes rendus de l'Académie des sciences pour* 1886; le *Rapport sur le prix Montyon pour* 1886, à l'Académie des sciences; thèse de M. le Dr Indre, *Sur la commotion et la contusion cérébrales; Études sur les circonvolutions cérébrales*, par le Dr Bouchard.

Rapport.

Tumeur névralgique de la mamelle, par M. Routier, chirurgien des Hôpitaux.

Rapport par M. Terrillon.

Je viens vous rendre compte d'une observation adressée à la Société de chirurgie par M. Routier, dont voici le titre et le résumé :

Névralgie mammaire datant d'un an. — Ablation d'un lobule douloureux du sein dans lequel le microscope a fait reconnaître un adénome. — Guérison.

Il s'agit, en effet, d'une jeune femme de 21 ans, qui souffrait depuis treize mois environ au niveau du sein gauche.

Elle faisait remonter l'origine de la douleur à une contusion qu'elle avait reçue à ce niveau.

Après avoir été traitée médicalement en ville et à l'hôpital Beaujon, elle vint demander les secours de la chirurgie, car elle craignait de voir son sein envahi par un cancer.

Cette jeune femme avait les mamelles fermes, proéminentes, bien attachées; elle n'avait jamais eu d'enfants. On sentait au palper la lobulation glandulaire avec quelques lobules durs, isolables à la périphérie, surtout vers le point où siégeait la douleur.

Cependant, malgré des recherches attentives souvent répétées, M. Routier ne pouvait pas arriver au diagnostic clinique d'une tumeur.

Ce ne fut que sur les instances de la malade, et après avoir vu échouer un traitement médical renouvelé sous ses yeux, qu'il se décida à pratiquer l'ablation de ce lobule mammaire spécialement douloureux. Grâce à une antisepsie bien conduite, l'opération et ses suites furent des plus simples. Opérée le 9 janvier, la malade était guérie le 25.

Les règles, qui presque toujours étaient accompagnées d'un redoublement dans la douleur mammaire, reparurent vers le 28 sans occasionner de douleurs, et la malade, revue plusieurs mois après, en était définitivement débarrassée.

L'examen histologique a montré dans ce lobule une hypertrophie de tous les éléments normaux de la glande mammaire, surtout du tissu fibreux; on pouvait presque dire : adénome.

Cette observation présente plusieurs points intéressants :

Tout d'abord, la difficulté du diagnostic clinique. Y avait-il ou non tumeur? On sentait bien un point induré, mais on ne trouvait pas réunis les signes habituels qui permettent au chirurgien d'affirmer l'existence d'un néoplasme.

Cette induration ressemblait beaucoup à un lobule de la glande, plusieurs autres lobules dans le voisinage présentaient ce caractère d'induration; celui-là seul, il est vrai, était douloureux.

La douleur était vive, tenace, persistante, car elle durait depuis treize mois; la pression sur le lobe induré l'exaspérait. Elle présentait, en outre, des exacerbations au moment des règles, et de ce point comme centre partaient des irradiations vers le cou et vers l'épaule.

Quoi qu'il en soit, une fois ce lobule enlevé, les douleurs ont disparu.

Une aussi petite opération sur le sein, quand elle est bien conduite, doit être aujourd'hui exempte de dangers; aussi, j'approuve entièrement l'intervention chirurgicale de M. Routier; la plaie opératoire a été bientôt cicatrisée, et le symptôme fonctionnel si désagréable a cessé.

Du reste, l'histologie a montré ce que la clinique n'avait pu affirmer, c'est-à-dire l'existence d'une tumeur.

Cette hypertrophie des éléments de la glande mammaire, avec exagération surtout du tissu fibreux, prouve bien qu'il y avait là un travail

de néoformation qui, très probablement, aurait conduit à un néoplasme.

C'est donc bien à une tumeur et à une tumeur douloureuse qu'on a eu affaire. Faudrait-il voir, dans le symptôme douleur accompagnant cette induration, la preuve de l'envahissement des parties voisines comme l'a signalé le professeur Verneuil au congrès de Nancy dans sa communication sur les rapports de la douleur avec le néoplasme? Je ne le crois pas; il n'y avait pas de retentissement ganglionnaire, et, depuis un an qu'elle existait, la tumeur n'avait pas beaucoup progressé.

Ce serait plutôt ici un de ces cas analogues à ceux que j'ai étudiés dans une clinique faite par moi à l'hôpital de la Charité, leçon publiée, du reste, par M. Routier, alors mon chef de clinique, où je montrais qu'il existait des névralgies de la mamelle liées soit à de vraies tumeurs, soit en rapport avec des tumeurs imaginaires, fugaces, simulées par des congestions temporaires de la glande mammaire, et formées par des lobules tantôt durs et tangibles, tantôt à peu près effacés.

Nous savons aussi que certaines tumeurs, d'abord petites et à peine sensibles, prennent tout à coup une extension énorme, de sorte qu'en face de ces douleurs persistantes et de l'inquiétude de la malade, l'ablation me paraissait légitimée; la suite a prouvé l'opportunité de l'intervention.

Je ne ferai donc qu'un reproche à l'auteur, c'est de nous avoir présenté cette observation comme une névralgie de la mamelle au lieu de dire : tumeur douloureuse de la mamelle.

Je propose d'adresser des remerciements à M. Routier, de le désigner parmi les candidats pour être membre titulaire de la Société, et de déposer son observation aux Archives.

Communication.

Quelques expériences sur les effets des balles de petit calibre, à enveloppe d'acier,

Par M. Chauvel.

Au moment où les armes de petit calibre sont adoptées, au moins en principe, par tous les États de l'Europe, il est d'un grand intérêt pour nous, chirurgiens, de connaître l'action des balles nouvelles sur les tissus du corps humain. Ces projectiles, très longs et de diamètre minime, formés par une masse de plomb revêtue d'une enveloppe résistante, peu susceptibles de se déformer, mais doués d'une force considérable de pénétration, méritent-ils, par la bénignité de leurs blessures, le nom d'*humanitaires*, qu'on leur a donné en Allemagne? Pour vérifier et contrôler les recherches

de Reyer[1] et de von Beck[2], sur les balles Lorenz, de notre collègue J. Réverdin (de Genève), sur le fusil Rubin[3], de Gory (d'Amsterdam), nous avions entrepris quelques expérienees dans l'automne de 1885. L'espoir de les pouvoir eompléter m'avait fait jusqu'iei retarder leur publieation; elle me paraît aetuellement opportune. Pour les mener à bien, notre collègue Poulet m'avait apporté son gracieux eoneours.

La balle dont je me suis servi est de 8 millimètres de diamètre, de 33 millimètres de longueur ou plus, de quatre ealibres; elle pèse 16 grammes. Cylindrique dans les trois quarts de sa longueur, elle s'arrondit en ogive, s'effile, s'amincit près de son extrémité, et se termine par une pointe aplatie de 2 millimètres de diamètre. Elle est formée par un noyau de plomb, enfermé dans une enveloppe d'aeier, plus épaisse à la pointe qu'à sa base intimement unie au noyau, et ouverte seulement à sa base. Une cartouche métallique, eontenant $3^{gr},25$ d'une poudre spéciale, porte le projectile. Sa vitesse initiale atteint 550 mètres au moins.

Dans les tirs exéeutés à pleine eharge, le mouvement de reeul nous a paru plus prononcé qu'avee le fusil Gras, actuellement en usage dans notre armée. Nos tirs ont été faits à des distances de 10 à 15 mètres, sur des sujets d'amphithéâtre suspendus par les épaules ou fixés par le eou, les pieds à terre, au-devant d'une butte épaisse, dans laquelle se sont perdus à une profondeur eonsidérable, et sont restés introuvables, le plus grand nombre des projectiles.

PREMIÈRE SÉRIE DES EXPÉRIENCES.

Tire à pleine charge, à 10 ou 15 mètres (Vitesse initiale estimée à 550 mètres environ).

I. *Femme.* — La balle pénètre en arrière, sous l'épine de l'omoplate, près de son bord axillaire ; elle fait à la peau un trou béant du diamètre de son calibre, mais qui s'élargit rapidement dans les muscles, et dans l'omoplate dépasse la grosseur du doigt; puis elle pénètre dans le thorax vide, en fracassant largement les côtes. Le scapulum est fracassé, brisé en travers en deux parties absolument séparées, et présentant de multiples fissures, dont l'une, très longue, longe le bord axillaire presque jusqu'à la pointe, pendant que d'autres montent vers le col glénoïdien. La surface articulaire est intacte.

[1] E. REYER, *Die Gewehrschusswunden der Benzeit*. Strassburg, 1884, et Die Anforderungen d. Humanitat an die Kleingewehr projectile (*Deuts. mil. Zeitsch*, 1884, t. XIII, p. 575).

[2] B. VON BECK, *Ueber die Wirkung moderner Gewehr projectile*, etc. Leipzig, 1885.

[3] J. RÉVERDIN, *Revue médicale de la Suisse romande*, 1884, p 704.

II. *Femme.* — La balle pénètre à trois doigts au-dessous de l'épine de l'omoplate, un doigt en dehors du bord scapulaire. Orifice cutané arrondi, net, du diamètre du projectile. Le canal s'agrandit près de l'os, qu'il perfore, et aboutit à la face interne de la cage thoracique, où il a la largeur d'un pouce. Les côtes, à ce niveau, sont fracassées. Dans le scapulum, le trou est assez net, arrondi; plusieurs longues fissures s'étendent vers l'épine et vers l'angle inférieur, mais, maintenues par le périoste, elles laissent les fragments en place.

III. *Femme.* — La balle pénètre à la partie postérieure de la cuisse, faisant un trou d'entrée, net où le petit doigt ne s'introduit qu'en forçant. A la sortie, dans l'aine, énorme plaie de la largeur de la main ; les tissus déchirés comme par éclatement. Le fémur est fracassé, les trochanters et la tête détachés et séparés de l'extrémité inférieure sur laquelle on ne constate pas de fissures. D'énormes esquilles sont éparses dans les chairs réduites en bouillie ; la perte de substance de l'os dépasse 6 à 8 centimètres.

IV. *Homme.* — La balle a traversé la poitrine d'avant en arrière et de gauche à droite, pénétrant à 2 centimètres en dedans et à 1 centimètre en dessous du têton gauche, par un trou de son diamètre. Le trajet se perd ensuite dans les muscles, mais dans la paroi ostéo-cartilagineuse, l'ouverture, arrondie, béante, logerait aisément trois doigts. Au-dessous, le péricarde est largement crossé, le cœur réduit en bouillie. Plus loin, le projectile creuse un large sillon dans le poumon droit maintenu par des adhérences, en écartant son tissu, fracasse une côte et sort à un doigt en dedans du bord spinal de l'omoplate droite par un trou à peine plus grand que l'orifice d'entrée et aussi net. Rencontrant alors le bras droit, la balle fait à sa face interne un sillon, au fond duquel on trouve les muscles comme éclatés sous la peau dont les bords se sont assez largement écartés.

V. *Homme et Femme.* — Pour juger de la puissance de pénétration du projectile, deux sujets ont été placés l'un derrière l'autre et presque dos à dos, l'homme en avant. La balle frappe celui-ci au côté gauche du ventre, sous les fausses côtes. Le canal, du diamètre du projectile dans la peau, grandit dans la paroi musculaire jusqu'à atteindre la grosseur du doigt. La balle alors perfore une anse de l'intestin grêle en y faisant de chaque côté une ouverture de 2 centimètres et demi de large à bords nets, traverse *cinq* fois le mésentère par des trous arrondis de plus en plus développés et déchire une anse intestinale profonde. Puis, creusant sur le côté gauche du rachis un sillon où l'on trouve quelques petites esquilles maintenues par du tissu fibreux, et fracassant une apophyse transverse, en même temps qu'elle brise largement la masse sacro-lombaire, elle sort par un orifice cutané aussi étroit que l'ouverture d'entrée.

La même balle, poursuivant sa course, atteint la femme en arrière, au sacrum, un peu à gauche de la ligne médiane. Sous l'orifice cutané qui ne dépasse pas le diamètre de la balle, le canal s'élargit immédia-

tement et dans le sacrum prend la largeur de deux doigts. L'os est brisé en éclats volumineux dont quelques-uns à peine maintenus par le périoste, les autres entraînés dans le bassin, où la poussière osseuse et les muscles broyés forment une véritable bouillie. Fracassant l'os iliaque, le projectile sort en faisant à la peau un trou béant, large de cinq à six doigts et rempli d'esquilles; puis, rencontrant l'avant-bras près du poignet, il brise le radius en gros éclats, en laissant, à l'entrée et à la sortie, des ouvertures larges de plus de deux doigts, et va s'enfoncer dans la terre où nous ne pouvons la retrouver.

VI. *Homme âgé.* — La balle a frappé le tibia droit à sa face interne et antérieure, elle est sortie en arrière. Tibia et péroné sont réduits en plus de quarante éclats, gros et petits, irréguliers, projetés aussi bien du côté de l'entrée que de la sortie. En haut, le péroné présente trois esquilles longues de 4 à 5 centimètres, pas de fissures. Au tibia, on ne trouve de fissures qu'en bas, limitant un éclat incomplètement détaché. Tous les autres fragments osseux sont libres, bien que beaucoup adhèrent encore au périoste ou aux parties molles. Celles-ci sont broyées, en bouillie, et semblent avoir éclaté, formant à l'entrée, et plus encore à la sortie, des pertes de substances cutanées de la grandeur de la main.

VII. *Homme âgé.* — La balle frappe le tibia à sa face interne, près de l'épiphyse supérieure. L'ouverture d'entrée n'a pas le diamètre du projectile; celle de sortie, dans le creux de jarret, est de la largeur de la main. Les vaisseaux déchirés sont béants dans la plaie. Du côté du péroné, écrasement de la tête et fractures multiples jusqu'en son milieu. La tête du tibia est réduite en bouillie; de longues esquilles, des fissures descendent sur la diaphyse à 15 centimètres environ.

VIII. *Même sujet.* — La balle entre à 3 centimètres au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure, et sort à la base du sacrum. A l'entrée, la plaie offre à peine le diamètre du projectile, et le trajet semble se rétrécir encore dans l'aponévrose et le périoste; l'os iliaque est perforé, mais les fragments, volumineux, sont restés en place. Au contraire, la plaie de sortie, éclatée, à lambeaux, n'a pas moins de 4 à 5 centimètres de large. En l'ouvrant, on tombe dans une cavité à loger les deux poings, dont les parois sont formées par des détritus osseux, des chairs en bouillie et quelques esquilles plus grosses éparses dans les muscles. Os iliaque, sacrum, dernières vertèbres lombaires sont en partie détruits; le bassin était vide. La secousse du coup fut si forte, que la corde qui maintenait le sujet fut brisée.

IX. *Homme.* — Lésions des muscles. La balle frappe la partie postérieure du mollet droit. Elle y fait une plaie à bords cutanés déchirés, rompus, d'une largeur de 3 centimètres sur 5, comme si la peau avait fui devant le projectile avant d'éclater. L'aponévrose et un peu du jumeau interne sont déchirés. Mêmes lésions du mollet gauche.

X. *Homme.* — La balle traverse les parties molles de la cuisse. Le trou d'entrée est très petit, celui de sortie un peu plus grand ; le trajet étroit, les muscles à peine altérés.

On voit, par ces observations, qu'à courte distance et à pleine charge, la balle de 8 millimètres à enveloppe d'acier produit des effets qui se rapprochent beaucoup de ceux des projectiles en plomb du fusil Gras. Nous avons employé comparativement les deux armes, et nous avons constaté que, sauf pour les tissus mous, moins dilacérés, la balle non déformable agit avec la même intensité, sinon avec plus de puissance. Les désordres sont tels que les plaies viscérales seraient presque forcément mortelles immédiatement ou en peu de temps ; que les lésions osseuses contre-indiqueraient la conservation et nécessiteraient une amputation pratiquée bien au-dessus du siège de la blessure. Comme toutes les balles animées d'une énorme vitesse et d'une effrayante force de percussion, celle-ci fait éclater les os qu'elle traverse ; mais sa puissance de pénétration est si grande qu'elle peut traverser plusieurs corps humains, tuer ou blesser plusieurs personnes rapprochées. N'ayant pu trouver aucune des balles utilisées, immédiatement après le coup, nous ne pouvons affirmer qu'elles n'ont pas subi des déformations, mais la forme et la grandeur des trous de sortie permettent, dans nombre de cas, de croire à l'absence de toute modification des formes et à l'intégrité de l'enveloppe. C'est là un point important, car la déformation des balles et la déchirure de leur enveloppe rendraient leurs blessures bien plus dangereuses.

DEUXIÈME SÉRIE D'EXPÉRIENCES.

Tirs à demi-charge (Vitesse initiale moindre).

Dans l'impossibilité où nous étions d'avoir un champ de tir étendu, nous avons tenté d'obtenir, par la diminution de la charge, la diminution de vitesse que la balle présente aux longues distances. Malheureusement, nous n'avons pu obtenir le calcul exact de cette vitesse pour une charge donnée. Mais si nous nous reportons aux échelles établies pour le fusil Gras, nous pouvons admettre que la demi-charge diminue la vitesse d'un bon tiers et répond à une distance de 800 à 1,000 mètres environ.

I. *Femme.* — La balle a traversé les deux bras et le thorax vide sans toucher les os, puis une planche épaisse et s'est enfoncée dans la terre de plus de 20 centimètres ; elle n'est aucunement déformée. Les trous d'entrée et de sortie sont tous petits, nets, des dimensions de la balle, taillés à l'emporte-pièce. Dans les muscles, il est impossible de

retrouver le trajet de la balle ; il n'est pas marqué par une traînée noire.

II. *Homme.* — Balle ayant fracturé le coude, une épaisse planche de bois, et retournée dans la butte à 25 centimètres de profondeur. Elle est légèrement aplatie à son extrémité, et l'enveloppe d'acier un peu déchirée et relevée vers un point de sa base. Entrée à la partie postérieure du coude, elle a traversé directement l'olécrane à sa base, en y creusant un canal d'un diamètre plus petit que le sien et en détachant par deux fissures un fragment resté adhérent. Une autre fissure descend jusqu'à la facette radiale. Quittant le cubitus, le projectile a creusé l'épitrochlée d'un étroit sillon, sans fissures, et est sortie par un orifice cutané presque aussi étroit que le trou d'entrée. Comme les lésions osseuses, les lésions des parties molles sont véritablement très légères.

III. *Homme.* — La balle, fracturant l'humérus gauche, traverse le thorax vide en brisant la 9e côte et vient sortir en arrière, en fracturant le rachis et la 10e côte ; elle est légèrement tordue, recourbée dans sa longueur, mais son enveloppe est intacte. La plaie d'entrée au bras, taillée à l'emporte-pièce, est des dimensions de la balle, un peu noircie, et laisse sortir un peloton de graisse. Plus large, la plaie de sortie admet le doigt et permet de le porter dans le foyer de la fracture. En entrant dans le thorax, la balle fait un trou d'un centimètre et demi de long, à bords repliés en dedans ; à la face interne de la cavité l'ouverture est plus large de moitié, et de la 9e côte fracturée, une esquisse longue de 4 centimètres est projetée en dedans. De l'autre côté, la balle entre dans le 10e espace intercostal en fracturant légèrement la 10e côte et écorne en sortant la vertèbre correspondante.

L'humérus est brisé en plus de cent fragments dont deux ou trois seulement de moyenne grosseur et une longue esquille adhérente au périoste. Du côté supérieur, l'os offre une extrémité pointue et des fissures très longues ; en bas, une sorte de V et moins de fissures. Très faibles lésions des tissus mous.

IV. *Homme.* — Balle perforant les deux têtes humérales et la cage thoracique, traverse une planche et se perd dans la butte.

Frappant l'épaule gauche, sous l'acromion où elle fait une ouverture très petite, elle atteint la tête humérale vers le milieu du grand trochanter à l'union avec le cartilage. La perforation est nette, de forme un peu conique, à sommet en dedans du trochanter. avec quelques esquilles détachées. Trois fissures s'en détachent ; deux partent de l'entrée et descendent vers la diaphyse dans une longueur de 4 à 5 centimètres. Partant de la sortie, la troisième fente contourne le petit trochanter, elle limite une pièce d'os légèrement mobile, mais fixée par les tissus fibreux.

Impossible de retrouver le trajet du projectile dans les muscles thoraciques ; rien ne l'indique ; mais en entrant dans la poitrine il fracture la 2e côte en esquilles longitudinales, volumineuses, et fait une plaie

large et déchirée. Le thorax est vide. La balle en sort à droite, entre la 2e et la 3e côte, par une ouverture petite et nette ; elle passe dans l'aisselle et vient s'échapper à la partie externe de l'épaule droite. Le dernier trou de sortie est net, petit, à peine du diamètre de l'arme. Entrée dans la tète de l'humérus droit à la base du petit trochanter, sous le cartilage, par un orifice étroit, perdu dans les tissus fibreux ; la balle est sortie au milieu du grand trochanter par un trou plus large, net, à bords coupés à pic. Le canal qui traverse la tête osseuse de dedans en dehors est très net, régulier, sans esquilles. Mais, si l'on examine les parties, on voit que le petit trochanter est presque complètement détaché par deux fissures qui l'enserrent ; que du trou de sortie partent plusieurs fissures descendant sur la diaphyse, et limitant des esquilles longitudinales.

V. *Parties molles.* — Plusieurs coups tirés sur les membres et sans léser les os montrent que, dans ces conditions, l'ouverture d'entrée est très petite, nette, à l'emporte-pièce ; l'ouverture de sortie, tantôt déchirée en fente, tantôt en triangle, toujours plus large que la première. Les lésions des muscles sont d'habitude très légères, le trajet très étroit.

VI. *Crâne.* — Un coup à pleine charge, tiré sur le crâne, a produit un fracas épouvantable avec écartement d'énormes fragments de tous les côtés ; issue de la matière cérébrale réduite en bouillie, fracture communicative du maxillaire supérieur ; en un mot, les mêmes dégâts que produisent les balles de plomb.

Que conclure de cette série d'expériences, faites avec des projectiles animés d'une vitesse moindre qu'à la sortie de l'arme, et plus comparables dans leurs résultats aux coups de feu des batailles? D'abord, que les lésions des parties molles sont absolument insignifiantes, que les sétons musculo-cutanés se présentent dans les conditions les plus favorables à une réunion immédiate : canal étroit, simple séparation des fibres musculaires, sans mortification, sans broiement apparent ; ouvertures petites et non déchirées. Au moins si les orifices suppurent, le trajet virtuel a ses parois naturellement en contact et disposées à se souder.

Pour les lésions osseuses, une distinction s'impose. Les extrémités articulaires, spongieuses, sont traversées par la balle comme par un trocart : canal étroit, net, renfermant à peine quelque poussière osseuse ; orifices petits, sans écrasement des bords, presque fermés par le périoste dont la perforation est à peine visible. Si des fissures multiples partent du canal osseux et se portent assez loin vers la diaphyse, les éclats qu'elles limitent sont restés en place et n'ont de mobilité qu'après l'enlèvement du tissu fibreux qui les recouvre en même temps qu'il les fixe. Nul

doute que de telles lésions ne se prêtent admirablement à la conservation des jointures sans un pansement antiseptique.

Pour les os longs, pour les diaphyses à tissu compact, le seul fait que nous ayons observé montre un fracas des plus épouvantables, un broiement de l'humérus avec perte de substance osseuse étendue, une véritable pulvérisation de la partie atteinte. Une observation n'autorise pas à conclure définitivement, mais la fréquence des longues esquilles sur les côtes atteintes ne permet guère d'espérer que les nouveaux projectiles produisent ces fractures simples, si désirées des chirurgiens et qui rendent heureuses les tentatives de conservation, même pour le fémur.

Si pour les lésions des parties molles, pour les lésions des os spongieux, à longue distance et à vitesse déjà fort amoindrie, les balles de petit diamètre, à enveloppe d'acier, difficilement déformables, ont pu être dénommées par Reyer, Beck et les chirurgiens allemands des *projectiles humanitaires ;* nous devons donc rester dans la réserve sur leur action en ce qui concerne les diaphyses osseuses à tissu compacte. Nous ne devons pas oublier non plus qu'à courte distance elles produisent des effets terribles sur le corps humain. Jusqu'où va cette distance meurtrière? C'est à l'expérience de nous le faire connaître.

Il ressort également des faits ici résumés : que les déformations des balles, que leur échauffement et leur fusion, que la pression hydrostatique, ne sont pas les causes uniques de ce que l'on a fort injustement appelé leur *action explosive ;* mais, comme l'a dit notre maître M. Legonest, que la force de propulsion, que la puissance ou la force de percussion, est la principale cause des graves désordres produits par les projectiles animés d'une grande vitesse, dans les corps tirés de près. Dans nos expériences, les balles ne se sont, en effet, ni déformées, ni aplaties, ni fondues, et les lésions se sont montrées les mêmes qu'avec les projectiles de plomb mou. Mais ce problème mérite une étude plus complète et nous y reviendrons quelque jour.

Discussion.

M. Trélat. La communication de M. Chauvel est très intéressante, surtout à cause de son actualité, car nous savons peu de chose sur l'effet de ces projectiles.

J'ai vu pendant la guerre des plaies du genou, très petites, de simples sétons, produites par des balles cylindro-coniques; celles-ci avaient traversé les deux condyles et cependant la guérison avait eu lieu rapidement.

Au contraire, j'ai vu, au niveau du sacrum, des désordres consirables quand la balle était tirée à 15 mètres.

En un mot, j'ai constaté que les dégâts étaient en raison directe de la décomposition rapide de la force qui s'arrête en arrivant sur l'obstacle.

Dans les parties molles et les os spongieux, ces dégâts sont limités ; dans les autres, il y a des esquilles nombreuses et des rayonnements à distance : par exemple dans la diaphyse du fémur et la calotte du crâne.

M. Chauvel. J'ai signalé aussi ces désordres étendus du crâne, avec émiettement de l'os et sortie abondante de la substance cérébrale.

M. Berger. Je crois que, pour juger de l'effet ultérieur de ces balles sur les os, il faut tenir compte de la moelle osseuse. Il se fait ici des fissures considérables, que je constate sur les pièces présentées par M. Chauvel. Si la suppuration envahit le trajet de la balle, elle doit se propager par ces fissures à la moelle, et donner lieu à des accidents redoutables qu'on ne peut connaître à l'avance. Ces résultats ne peuvent être étudiés que sur le vivant.

M. Chauvel croit que la suppuration joue le rôle principal pour donner de la gravité à ces fissures, qui devraient guérir facilement quand la plaie de la balle elle-même est indemne de suppuration. Le périoste intact à la surface des fissures les protège et maintient les parties au contact.

La question se résume donc ainsi : Pourra-t-on dans une prochaine guerre empêcher la suppuration du trajet des balles ? Dans ce cas on pourra conserver les membres blessés. Au contraire, il faudra souvent faire des sacrifices considérables à cause de la menace d'ostéomyélite toujours imminente.

M. Trélat. J'établis une relation entre les projectiles dont il s'agit et les balles de revolver. Les petites balles font, selon moi, des plaies larges de l'intestin quand elles sont tirés de près.

M. Reclus. J'ai fait quelques expériences sur l'effet des balles de revolver de petit calibre, traversant les intestins.

Avec des balles de 5 millimètres traversant l'estomac ou l'intestin grêle, j'ai fait des plaies en tirant perpendiculairement à l'axe. La perforation est presque nulle, surtout sur l'estomac.

J'ai fait ensuite des expériences avec des balles de 7 millimètres.

Dans un cas sur le cœcum, le diamètre de la plaie, entrée et sortie, était exactement de 7 millimètres.

Dans une deuxième expérience, la balle a traversé onze fois l'intestin ; l'orifice d'entrée et de sortie avait à 1 millimètre près le diamètre de la balle.

Dans une troisième expérience, j'ai eu deux orifices séparés entre eux par un espace de 5 millimètres qui siégeaient du même côté de l'intestin. Ces deux orifices avaient de 10 à 14 millimètres chacun. Je crois que, dans ce cas, l'intestin avait été pris en écharpe.

M. Pozzi. Cette double plaie, plus large que le projectile, était due, certainement, à ce que le projectile avait rasé ou éraflé l'intestin au niveau d'une plicature, en allant d'un côté à l'autre de celle-ci.

M. Reclus. En effet ces plaies étaient situées toutes deux sur le bord de l'intestin.

Communication.

M. Nélaton fait une communication intitulée : *Lymphangiome de la région crurale ; opération par la méthode sanglante ; guérison.*

Ce travail est renvoyé à une commission. (M. Anger rapporteur).

Présentation de malades.

Constriction des mâchoires par bride cicatricielle.— Restauration de la joue. — Résection d'une portion du maxillaire inférieur pour permettre l'écartement des mâchoires. — Guérison, par M. Polaillon.

Le jeune garçon que je présente à la Société est entré dans mon service de la Pitié le 9 décembre 1885. Il était âgé de 18 ans.

A la suite d'une fièvre typhoïde, la joue gauche s'était gangrenée et la gangrène s'était étendue jusque dans les régions sus-hyoïdienne et sterno-mastoïdienne du même côté. La perte de la joue mettait à nu les arcades dentaires supérieures et inférieures, d'où un écoulement continuel de la salive. En outre, une bride cicatricielle d'une grande épaisseur s'étendait de l'angle de la mâchoire inférieure à la mâchoire supérieure, et produisait une constriction telle que les dents ne pouvaient s'écarter en aucune façon. La patient ne s'alimentait qu'avec les substances liquides ou semi-liquides qu'il introduisait du côté sain, en les faisant passer entre la joue et les dernières molaires.

Ainsi, impossibilité de mâcher et de s'alimenter convenablement, grande gêne dans l'articulation des sons, écoulement continuel de la salive et fétidité de l'haleine, aspect repoussant dû à la perte de la joue, tel était le triste état de ce malade.

Pour améliorer sa position, il fallait non seulement restaurer la joue, mais encore lui permettre d'ouvrir la bouche.

J'ai essayé d'enlever le tissu cicatriciel et de libérer la mâchoire inférieure de toutes les brides qui la maintenaient serrée contre la mâchoire supérieure. Mais, à mesure que la plaie opératoire se cicatrisait, le resserrement des mâchoires se reproduisait.

Je me suis alors décidé à réséquer toute la portion du maxillaire inférieur qui adhérait à la cicatrice. J'ai enlevé environ 3 centimètres et demi de la branche horizontale de cet os. Puis j'ai restauré la joue et la commissure des lèvres par plusieurs opérations successives.

Le résultat est assez favorable. La joue gauche est complètement restaurée. Les mâchoires s'écartent de manière à ce que l'opéré puisse introduire dans la bouche des aliments solides et les mâcher. L'articulation de la parole est normale. La salive est complètement retenue par les lèvres, qui se rapprochent comme à l'état normal. Enfin, l'aspect du visage n'a plus rien de disgracieux.

M. Delorme montre un malade guéri d'une lésion de l'articulation sacro-iliaque, par évidement et grattage.

M. Pozzi présente une jeune malade à laquelle il a pratiqué l'opération d'Alexander pour une rétroversion très douloureuse de l'utérus, qu'il était impossible de tenir redressé avec les pessaires et moyens ordinaires. Il insiste sur l'emploi, après l'opération, et seulement pendant quelques jours, d'un pessaire à tige, pour redresser le pli de l'utérus et maintenir cet organe dans sa nouvelle situation, pendant la cicatrisation des ligaments ronds.

La guérison ehez sa malade était eomplète en quatre mois; maintenant elle marche sans douleur et se porte bien.

M. Bouilly présentera bientôt un cas analogue, qu'il a opéré il y a un an avec succès. Mais il n'a pas employé de pessaire intra-utérin.

Discussion.

M. Terrier. Je erois qu'il n'est nullement nécessaire d'employer un pessaire. Malgré mon peu d'expérience touehant eette question, je ne l'emploierai pas, ear je considère son emploi comme une complication de l'opération et même comme un danger.

M. Pozzi insiste sur l'innoeuité de ee pessaire plaeé pendant quelques jours après l'opération.

Élection d'un membre titulaire.

M. Segond est nommé membre titulaire par 23 voix sur 31 votants.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,

Terrillon.

Séance du 16 février 1887.

Présidence de M. Lannelongue.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Des lettres de remerciement de MM. Albert (de Vienne) et H. Thompson (de Londres), nommés membres associés étrangers; de M. Paul Segond, nommé membre titulaire;

3° Une lettre de M. le Dr Poncet (de Cluny), professeur au Val-de-Grâce, demandant à être nommé membre honoraire de la Société, conformément à l'article 8, paragraphe 2, de nos statuts; en même temps, l'exposé de ses titres et travaux scientifiques;

4° *Das Leben der Lahne ohne Wurzel*, par le Dr Ed. Rose, médecin dirigeant de la station chirurgicale de Béthanie, à Berlin;

5° *Lésion traumatique du nerf radial; paralysie consécutive; suture nerveuse; résultats fonctionnels nuls*, par le Dr Seresanov (de Bucharest) (Commissaire : M. Pozzi);

6° Le programme du congrès français de chirurgie, pour avril 1888.

M. le président annonce que M. Goupil, membre correspondant, assiste à la séance.

Congrès français de chirurgie.

La troisième session du Congrès français de chirurgie se tiendra à Paris, au mois d'avril 1888 (un avis ultérieur indiquera la date précise), sous la présidence de M. le professeur Verneuil.

Les questions suivantes sont mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° De la conduite à suivre dans les blessures par coup de feu, des cavités viscérales (exploration, extraction, opérations diverses);

2° De la valeur de la cure radicale des hernies, au point de vue de la guérison définitive ;

3° Des suppurations chroniques de la plèvre et de leur traitement (opérations de Liétevant et d'Estlander; indications, contre-indications et résultats définitifs);

4° De la récidive des néoplasmes opérés; recherche des causes et de la prophylaxie.

Rapport.

Sur un cas d'étranglement interne par réduction en masse d'un sac herniaire. Laparotomie. — Guérison, par M. L.-D. Poisson (de Nantes).

Rapport par M. Terrier.

Messieurs, M. le Dr Poisson (de Nantes) vous a adressé une observation d'*étranglement interne par réduction en masse d'un sac herniaire,* à propos duquel ce chirurgien dut faire la *laparotomie* et obtint une guérison parfaite.

Voici le fait :

Le 16 mai 1885, dit M. Poisson, je fus appelé, aux environs de Nantes, auprès d'un homme âgé de 69 ans, porteur d'une hernie inguinale gauche, depuis seulement trois ou quatre ans. Cette hernie était mal contenue par un bandage irrégulièrement porté.

Il y a environ dix-huit mois, M. X..., qui, d'ordinaire, faisait facilement rentrer sa hernie quand elle sortait, ne put y réussir et des accidents d'étranglement se produisirent. Le Dr Ledieu, appelé près du malade, pratiqua le taxis avec succès et les accidents disparurent. Il put constater à ce moment que le bandage était insuffisant; malgré ses avertissements, le bandage ne fut pas changé et même fut souvent oublié.

J'ai su depuis que M. X... rentrait quelquefois brutalement sa hernie par le procédé suivant : à travers son pantalon, il appliquait la paume de la main correspondante sur la région de l'aine et frappait de la main droite jusqu'à réduction.

Le 14 mai, M. X..., en se livrant à un effort, sentit la hernie sortir sous son bandage et se mit en devoir de la rentrer; il y réussit et replaça la pelote. Ce renseignement précieux me fut donné par le malade. Il prétendait même qu'il n'avait point fait d'effort de réduction ce jour-là, que la hernie n'était point sortie le matin de l'accident, et qu'il n'avait point eu dès lors à la faire rentrer.

Quand je vis le malade, il était donc souffrant depuis deux jours. Il y avait des vomissements, mais il avait pu, à différentes reprises, boire et même manger sans rejeter ses aliments ; le ventre, légèrement météorisé, n'était pas douloureux, mais seulement le siège de coliques intermittentes; un hoquet presque continu tourmentait le malade, le facies était un peu altéré et abdominal; il n'y avait pas eu de selles malgré deux ou trois purgatifs et des lavements; un de ces lavements avait été rendu avec quelques matières dures en petite quantité. Pas de gaz par l'anus.

Les accidents avaient débuté par des coliques extrêmement vives, atroces, paraît-il.

J'examine avec soin les orifices herniaires. Rien à droite ; à gauche, siège ordinaire de la hernie, le doigt trouve un orifice externe large, par lequel il pénètre aisément et s'engage dans le trajet inguinal. Quand on fait tousser le malade, on n'obtient pas la sensation spéciale de la pointe de hernie. Cette exploration est douloureuse.

La fosse iliaque et la région de l'orifice interne ne présentent rien, ni tuméfaction, ni empâtement, ni douleur excessive. Rien par le toucher rectal.

Pendant notre examen, le hoquet continue et des vomissements abondants se produisent; le facies s'altère et une sueur froide couvre le visage.

Il est évident qu'il existe une occlusion intestinale, mais quelle en est la cause?

Le début brusque en pleine santé écarte suffisamment, il me semble, la pensée d'un néoplasme ou de toutes les autres causes d'étranglement interne à forme lente, malgré le peu d'acuité relative des accidents actuels.

Si le malade nous eût aidé, il eût été facile de reconstituer la scène du matin de l'accident et de penser tout de suite à la réduction en masse de la hernie; mais, à toutes nos sollicitations, il répond qu'il n'a point violenté sa hernie, qu'elle est ainsi quelquefois plusieurs jours sans paraître.

Nous le faisons marcher, tousser, faire effort, pousser comme pour aller à la selle; la hernie n'a aucune tendance à sortir.

Je suis resté très fidèle au principe qu'en présence d'un étranglement quelconque, on ne doit quitter son malade qu'après un résultat et que l'expectation est la pire des méthodes. J'étais assez disposé à intervenir tout de suite; cependant, en présence de l'état général du malade, en présence de l'intensité relativement faible des accidents locaux, et surtout des doutes que j'étais en droit d'avoir sur la cause de l'étran-

glement, je ne crus pas devoir insister outre mesure et vaincre les hésitations du malade et les répugnances de son entourage.

Il y eut là une faute commise; toutefois, mon retard n'a pas été préjudiciable comme il aurait pu l'être.

Les jours suivants, malgré tout ce qu'on put faire : lavements avec le syphon d'eau gazeusė, teinture de noix vomique ou de belladone à l'intérieur, glace sur l'abdomen, etc., l'état resta le même : point de selles, point de gaz, des souffrances dans le ventre, des vomissements, une alimentation liquide insuffisante, une situation qui se maintenait, mais ne s'améliorait en rien. Les vomissements mêmes prennent cet aspect de bouillie jaunâtre qui fait penser aux matières fécaloïdes.

Le 21 mai, c'est-à-dire après cinq jours, je suis rappelé en toute hâte à Vallet, et je suis frappé du changement qui s'est opéré dans l'état général du malade; il ne peut plus rien prendre sans vomir, la figure est très altérée, la langue boueuse, l'haleine fécaloïde, tout le cortège enfin de l'étranglement intestinal. Le météorisme n'a pas notablement augmenté et reste modéré, ce qui s'explique peut-être par l'abondance des vomissements gazeux et liquides; l'intestin réagit contre l'obstacle et ne se laisse pas distendre. Rien de nouveau du côté des orifices, rien de spécial non plus à la palpation abdominale qui est uniforme, sans que rien puisse guider sur le siège, la cause, la nature de l'étranglement.

Mon diagnostic est celui-ci : étranglement interne dont je ne puis affirmer la nature, mais dont je place instinctivement le siège aux environs de l'anneau inguinal interne, siège habituel d'une hernie dont je ne retrouve plus trace et qui ne sort plus comme d'ordinaire pendant l'effort, malgré la voie très large qui lui est offerte.

J'ai dit instinctivement à dessein, parce que rien n'existe à ce niveau.

Mon opération sera la laparotomie. Mais dans quel point la faire?

Je répugne à la ligne médiane. Si mes suppositions sont justes et qu'il me faille lever, au niveau de l'anneau inguinal interne, un étranglement sérieux, pourrai-je aisément le faire? L'incision médiane est parfaite pour l'exploration, mais sera insuffisante pour l'intervention.

J'adopte l'incision à deux travers de doigt au-dessus de l'arcade de Fallope, immédiatement au dehors de l'artère épigastrique.

Séance tenante, la région est soigneusement lavée et rasée, la vessie vidée et notre malade placé sur une table étroite devant une fenêtre.

J'agis sans aide, car nous sommes à six lieues de tout secours chirurgical, et le temps presse. Mon confrère, le Dr Ledieu, surveillera le chloroforme.

Je m'entoure de toutes les précautions antiseptiques.

Incision rapide, couche par couche, jusqu'au péritoine, qui est ouvert à son tour avec précaution.

Par cette ouverture de 12 à 13 centimètres, j'introduis la main et je ne trouve rien tout d'abord, mais bientôt je rencontre une anse fixée à la paroi et que j'attire à moi. Cela présente un peu l'aspect, à première vue, d'une invagination: c'est au moins l'impression de mon confrère, mais il est facile de s'assurer de la nature de la lésion.

L'intestin ployé à angle est reçu dans une sorte de bourse; il n'y a pas là une anse entière, toute la moitié mésentérique est libre. L'intestin vasculaire et rougeâtre dans le point étranglé contraste par son aspect avec la poche qui le retient, blanche mate, à stigmates plus opaques. La base de cette poche se continue partout avec le péritoine pariétal; son sommet, car elle présente l'apparence d'un cône tronqué, reçoit l'intestin et l'étrangle par un collet très serré.

J'introduis la sonde cannelée et je débride le bistouri.

Je coupe ainsi très nettement deux feuillets : le feuillet externe, qui est le péritoine décollé, et un feuillet interne, qui est le sac réduit en masse.

L'intestin est adhérent partout au sac qui ne contient pas de liquide. Je suis obligé de décoller très doucement les deux lèvres de mon incision pour ne pas déchirer l'intestin.

L'anse libérée est examinée ; heureusement elle peut être abandonnée dans l'abdomen où je la rentre.

Que dois-je faire de ce sac largement débridé que j'ai maintenant sous les yeux et que je puis examiner en détail ?

Mieux aidé que je ne l'étais, je n'eusse pas hésité, je crois, à suivre la conduite que proposait M. Berger à propos de l'observation récente de M. Quenu et à en débarrasser mon opéré. Mais le soir arrive, l'intestin tend à sortir à chaque instant et, tout heureux d'avoir trouvé ce que je cherchais, j'ai hâte de refermer l'abdomen.

Trois points de suture au fil de soie sublimée pour ramener le péritoine au contact, puis la suture de la paroi est établie : 1° par trois longues épingles qui empêchent la peau de se recoqueviller et prennent bien toute l'épaisseur; 2° trois fils de soie passés avec l'aiguille de Reverdin ; 3° cinq fils d'argent.

Pansement à la gaze iodoformée. Compression douce établie avec une de ces très longues ceintures de laine dont s'entourent les soldats d'Afrique et roulée en spica.

Potion tonique, alcool, glace pour calmer le hoquet qui persiste.

Je revois le malade le surlendemain. L'état est satisfaisant. Pas de selles, mais plus de vomissements et quelques gaz bruyants par l'anus. Ventre insensible à la pression, figure meilleure, pouls à 100.

Quatre jours après l'opération, je suis rappelé par dépêche; l'état abdominal est toujours bon, mais le malade a la fièvre et présente un essoufflement qui attire mon attention du côté du poumon. Aussi bien on me présente des crachats rouillés, transparents, et le malade se plaint d'une violente douleur au côté droit du thorax. A l'auscultation : pleuro-pneumonie assez étendue.

Je procède au pansement. La suture est en parfait état et je retire les trois épingles, laissant en place les autres sutures. Vésicatoire sur le point malade.

Deux jours après, les phénomènes thoraciques se localisent, mais il y a toujours des frottements très manifestes.

État général meilleur. Il y a eu, le quatrième jour, une selle, puis

les jours suivants deux ou trois selles assez abondantes, mais sans véritable débâcle.

La plupart des sutures sont retirées. Aucun accident péritonéal.

Huit jours après l'opération, état général toujours meilleur. Le ventre est souple et sans douleur, la suture réunie et solide sur toute sa longueur. Les phénomènes thoraciques s'amendent.

Quinze jours après l'opération, le malade est tout à fait en voie de guérison et nous ne le tenons au lit qu'à cause d'un reste appréciable de pleurésie sèche et la crainte d'une contention insuffisante au niveau de la plaie abdominale.

Sauf le retard dans l'intervention, qui d'ailleurs n'est pas dû à notre confrère, la conduite chirurgicale de M. Poisson a été fort correcte. D'instinct, comme il le dit, il a été chercher le siège de l'étranglement du côté de la hernie qui avait été réduite; et il constata très nettement l'existence d'une réduction en masse du sac herniaire, avec une anse intestinale engagée dans le sac et adhérente à ses parois. L'ablation du sac, à laquelle il a pensé, me semble peu importante dans l'espèce, une fois celui-ci largement ouvert. Enfin, le choix latéral de l'ouverture du ventre pourrait être discuté et nous préférerions la section médiane.

En résumé, cette observation est fort intéressante et constitue un document de plus, aussi avons-nous cru devoir proposer de la publier presque *in extenso* dans le *Bulletin*, ce qui a été accepté.

Communication.

M. Trélat rappelle l'histoire d'une malade de son service chez laquelle il a obtenu un succès en traitant un abcès musculaire par la ponction et évacuation suivie de l'injection d'éther iodoformé.

Il s'agissait d'un abcès développé dans l'épaisseur des muscles de la fesse, à la suite d'une fièvre typhoïde survenue onze mois auparavant.

Cette collection était profonde, sous-musculaire et avait toutes les apparences d'un abcès froid; malgré la bonne apparence de la malade, on ne pouvait soupçonner une lésion osseuse.

Pour éviter l'ouverture large et la difficulté d'une antisepsie complète, M. Trélat fit une ponction évacuatrice qui donna 450 grammes de pus.

80 grammes d'éther iodoformé furent introduits dans la cavité et on appliqua une compression méthodique.

La guérison fut complète. Aussi M. Trélat ajoute qu'il em-

ploierait volontiers cette méthode pour les grands abcès et au besoin pour les abcès chauds.

Discussion.

M. Terrier. Je demanderai à M. Trélat quelques explications à propos de sa communication : était-ce un abcès froid, ou chaud ? M. Trélat croit-il qu'il s'agit d'un abcès développé sous l'influence de la transformation vitreuse des muscles due à la fièvre typhoïde ?

Selon moi, il s'agit d'un abcès microbien comme tous les abcès.

M. Trélat. C'était un abcès analogue aux abcès froids, mais sans les allures ordinaires de ce genre d'abcès, chez une femme non scrofuleuse.



M. Terrier. Alors M. Trélat admet des abcès froids non tuberculeux; je croyais que ceux-ci seuls existaient.

En tout cas, l'emploi de l'iodoforme injecté dans une poche d'abcès tuberculeux a pour but de détruire les bacilles de la tuberculose. Or, je crois que cela est inutile, car j'ai vu un cas dans lequel, pour un abcès froid, j'ai pratiqué une première ponction qui a donné issue à du pus. Une seconde ponction a donné de la sérosité louche; enfin la guérison survint. Cet abcès contenait environ 300 grammes de pus.

On peut donc dire que ces abcès guérissent souvent par simple ponction.

M. Sée. J'émettrai quelques doutes à propos de l'étiologie de l'abcès, indiquée par M. Trélat, car les abcès dus à la fièvre typhoïde se développent plus rapidement que dans ce cas.

Enfin, il n'est pas bien certain qu'un os n'était pas malade, et la recherche des bacilles n'a pas été pratiquée. Donc on ne peut affirmer que cet abcès n'était pas tuberculeux.

M. Lucas-Championnière. M. Trélat semble vouloir proposer pour le traitement des abcès chauds la même méthode que celle qui a été proposée pour les abcès froids.

Or, il faudrait d'abord prouver que l'injection d'éther iodoformé est bonne pour ces derniers. D'après ma pratique j'ai obtenu les résultats les plus irréguliers.

Dans quelques cas on a un résultat heureux, dans d'autres on échoue. Aussi je crois que par les moyens ordinaires, ouverture large et pansements bien faits, on obtient un résultat plus rapide et plus sûr.

Je crois donc qu'il ne faut pas adopter cette méthode pour les

abcès aigus. On ne ferait ainsi qu'augmenter la douleur et la tension. Nous savons que ces abcès, bien ouverts et vidés avec soin, se guérissent rapidement et même par première intention. Pourquoi employer un moyen plus lent et moins sûr ? Je me sers pour modifier la surface des abcès froids de la poudre d'iodoforme, qui est excellente, mais je préfère l'employer après l'ouverture de l'abcès.

Tant que M. Trélat n'aura pas montré quelques cas où cette pratique ait donné de bons résultats, je ne pourrai l'adopter.

M. Le Dentu. Je crois que l'iodoforme n'est pas un spécifique pour les bacilles. Il agit comme irritant de la surface interne de la poche de l'abcès.

Il doit donc agir de même dans les abcès chauds ; nous savons que l'alcool, le chlorure de zinc au 1/20, appliqués à la surface de ces abcès, arrête leur sécrétion. Je préfère l'ouverture large. J'ai employé l'éther iodoformé dans les abcès froids, mes résultats sont très variables.

Mais j'ai vu des cas dans lesquels la ponction simple suivie de compression a donné des guérisons rapides. J'ai réussi ainsi sur trois de mes malades.

M. Reclus. J'ai souvent employé les injections d'éther iodoformé dans les abcès froids.

J'ai rarement échoué; souvent j'ai obtenu des guérisons et jamais je n'ai vu d'accidents. Cependant j'ai observé dans plusieurs cas, à la suite de la distension considérable de la peau déjà amincie, par le dégagement des gaz, j'ai vu, dis-je, survenir une eschare.

Après la chute de celle-ci, il est sorti du liquide séreux à peine teinté, mais sans aucun accident.

La fistule ainsi produite s'est guérie rapidement et définitivement. Ces faits ont déjà été signalés par MM. Verneuil et Verchère.

J'insiste sur ces résultats, si opposés à ceux qu'on constate ordinairement après l'ouverture spontanée des abcès, dans lesquels on n'a pas fait d'injection iodoformée. Chez eux, la fistule persiste et quelquefois on voit survenir des accidents. Souvent je n'ai eu de résultat qu'après deux ou plusieurs évacuations suivies d'injection, mais je crois qu'avec de la persévérance le résultat sera toujours bon.

Je puis vous citer, entre autres faits personnels, trois exemples de guérison.

Un abcès de la cuisse volumineux, confluent, qui fut guéri en un mois à l'Hôtel-Dieu. Un gros abcès ganglionnaire du cou de 80 à

100 grammes qui guérit aussi rapidement, par chute d'une eschare et fistule rapidement tarie.

Enfin une jeune fille, d'abord guérie par moi d'un abcès ganglionnaire du cou du côté gauche, puis après quelque temps d'un autre abcès du côté opposé. La masse ganglionnaire qui accompagnait ces abcès disparut aussi.

M. Berger. Comme d'autres, j'ai employé la méthode des injections iodoformées. Dans un cas, pour un vaste abcès confluent j'ai échoué complètement. Dans un autre, l'abcès avait d'abord disparu, mais, après quelque temps d'espoir trompeur, il se réforma.

Dans un seul cas j'eus une guérison, c'était pour un gros abcès ossifluent situé sur le sternum et débordant dans le médiastin. Je fis deux injections successives; l'abcès disparut.

Le malade, qui était à Bicêtre, mourut un an après. Son autopsie me montra que la poche de l'abcès existait encore, mais ratatinée et remplie de matières grasses mélangées d'iodoforme.

Mais, à côté de ces faits, j'ai deux cas d'abcès, l'un de la paroi abdominale, au-dessous des fausses côtes, l'autre de la paroi thoracique, qui ont guéri par la simple ponction. Le dernier guérit après la formation d'une fistule, qui ne persista pas et se tarit rapidement.

Dans ces cas, on devait employer cette méthode, car en ouvrant, il fallait songer à faire une résection, opération plus sérieuse.

Pour les abcès chauds, j'emploierais toujours la méthode des incisions.

M. Trélat. Je ne répondrai pas aux objections qu'on m'a faites à propos de la nature de cet abcès ; les bacilles n'ont pas été recherchés.

Ce que j'affirme, c'est que ma malade a préféré cette méthode à celle des ouvertures larges, car elle n'a pas de cicatrice.

En somme, j'ai cité un cas heureux, je le présente devant vous, mais il ne faut pas de là en conclure que je veux substituer cette méthode d'injection iodoformée à la méthode si souvent éprouvée, et si parfaite, de l'ouverture large dans les abcès chauds.

Communication.

Deux cas de taille vésico-vaginale pour des cystites douloureuses,

Par M. Le Dentu.

Le traitement des cystites chroniques rebelles de la femme par la taille vésico-vaginale a été fort peu mis en pratique en France.

J'y ai eu recours deux fois, il y a déjà plus d'un an, au mois de décembre 1885. Le temps écoulé depuis lors donne de la valeur aux résultats que je vais vous faire connaître.

Chez l'une de mes malades, j'ai laissé persister la fistule vésico-vaginale six mois après la taille. Cette femme a tiré le plus grand profit de ce traitement spécial. Chez l'autre, la fistule n'a pas encore été suturée, pour des raisons qu'on trouvera exposées plus loin. Je me propose d'intervenir incessamment.

Observation I. — Pfemmert (Rosine), âgée de 47 ans, salle Denonvilliers, n° 57 (hôpital Saint-Louis). Entrée le 29 octobre 1885.

Père mort à 70 ans, mère à 43 ans en couches. Elle est la huitième de neuf enfants dont trois sont morts en bas âge. L'un d'eux a succombé à la phthisie à 16 ans.

Antécédents personnels. — Rosine Pf. a été atteinte d'incontinence d'urine jusqu'à l'âge de 16 ans. Cet accident s'est produit chez elle de temps en temps ultérieurement.

Réglée à 17 ans, elle n'a plus vu à 40 ans.

Blennorrhagie à 22 ans, peu après son mariage. Ni grossesses, ni fausses couches.

A 40 ans, Rosine Pf. se fatigue beaucoup. Elle éprouve des douleurs dans la région hypogastrique. La miction devient douloureuse et les souffrances irradient vers le périné.

En 1880, deux ans après le début des accidents, Rosine Pf. se présente à la Charité et y est soignée par M. Gosselin pour une métrite accompagnée de cystite. Un traitement de six à huit mois, traitement mixte, dirigé contre les symptômes utérins et vésicaux, la remet sur pied, mais trois mois de travail ramènent les accidents avec une plus grande intensité. L'urine offre alors un dépôt purulent abondant.

En avril 1884, Rosine Pf. entre à l'hôpital Necker dans le service de M. Guyon suppléé par M. Blum, qui essaye, sans succès, des instillations de nitrate d'argent.

En septembre 1883, aggravation notable, mictions toutes les demi-heures, extrêmement douloureuses, marche impossible.

Le 29 octobre 1885, Rosine Pf. entre dans mon service, salle Denonvilliers (hôpital Saint-Louis).

La cystite purulente est évidente. Les mictions sont d'une extrême fréquence, les douleurs intenses. Des irradiations sont signalées par la malade vers la région hypogastrique, les aines, la région pubienne, le méat urinaire, l'anus, les cuisses. La malade est amaigrie, son teint est jaunâtre. Le sommeil est troublé sans cesse, l'appétit est fort diminué, souvent nul.

Les reins ni les uretères ne sont douloureux à la pression. Tous les autres organes sont intacts, mais la longue durée des souffrances a développé notablement la nervosité de la malade. Elle est impressionnable et d'un caractère difficile.

Le traitement suivant est prescrit et appliqué pendant un mois :

grands bains, cataplasmes sur le ventre, bicarbonate de soude à la dose de 4 grammes, six capsules de térébenthine par jour, suppositoires belladonés et morphinés dans le vagin et dans l'anus.

Pas de cathétérismes, pas d'injections. Ces dernières me paraissent contre-indiquées par la grande sensibilité de l'urèthre et du méat.

Vu l'inefficacité de ce traitement, je pratique, le 25 novembre 1885, la taille vésico-vaginale.

Opération. — Après l'incision de la cloison vésico-vaginale et la suture des lèvres de la plaie, je place un drain dont une extrémité plonge dans la vessie et l'autre pend au dehors du vagin.

Ce drain étant mal supporté, je l'enlève au bout de deux jours. Je le remplace, le 7 décembre, par une sorte de bouton double en caoutchouc, percé à son centre, analogue au bouton de verre recommandé jadis par Bozeman.

Ce petit appareil, destiné à empêcher la fistule de se refermer, est, à son tour, mal toléré et cause des douleurs assez vives qui m'obligent à en débarrasser la malade. J'abandonne l'organisation de la fistule à marche naturelle.

A partir de ce moment, l'état de la malade s'améliore rapidement, les souffrances diminuent, l'appétit renaît, le teint change, la coloration jaunâtre des téguments disparaît.

Le 31 décembre, un peu plus d'un mois après l'opération, la malade se déclare à peu près guérie, et quelques jours après (11 janvier 1886), elle affirme avec joie ne plus rien éprouver d'anormal, sauf un peu de ténesme et une vague sensibilité dans la région du col et de l'urèthre.

La fistule vésico-vaginale reste largement ouverte; elle admet l'extrémité du petit doigt.

Je la laisse persister plus de six mois, et comme l'état local est excellent et que l'état général ne laisse rien à désirer, je me décide à ne pratiquer la suture que dans le courant du mois de mai 1886.

L'opération est faite suivant le procédé américain : cinq points de suture en long, qui sont enlevés au bout de dix jours.

Pendant le mois qui suit la restauration de la cloison vésico-vaginale, la malade éprouve quelques souffrances, mais l'urine reste normale. Puis tout phénomène douloureux cesse. Il persiste une fréquence anormale des envies d'uriner que je cherche à combattre au moyen de courants continus. L'insuffisance des appareils et l'irrégularité forcée des séances rendent ce traitement un peu illusoire. D'ailleurs, on comprend que l'irritabilité vésicale, qui date de l'enfance et que sept années de souffrances ont aggravée, ne soit pas facile à vaincre.

Néanmoins, elle cède peu à peu dans une certaine mesure. Certaines nuits, la malade se lève à peine pour uriner. Le témoignage de ses voisines est formel à cet égard.

Elle quitte l'hôpital dans cet état, c'est-à-dire ne souffrant plus, mais urinant encore trop souvent.

J'ai revu mon opérée hier (16 février 1886), quinze mois après la taille. Elle a une urine parfaite, un teint qui annonce une excel-

lente santé. Ses souffrances ont entièrement disparu. Elle éprouve encore, dit-elle. des envies d'uriner très fréquentes par moments, mais le fond d'hystérie qu'il y a dans son tempérament me fait penser que le système nerveux cause une influence notable sur ce symptôme.

En résumé, la cystite et la cystalgie ont entièrement disparu. Le résultat doit être considéré comme très bon.

Obs. II. — *Cystite douloureuse ancienne. — Uréthrite à droite. — Lésions tuberculeuses du poumon gauche.*

La nommée Brunet (Estelle), âgée de 41 ans, couturière, entre dans mon service salle Denonvilliers, hôpital Saint-Louis, le 16 octobre 1885. Réglée depuis l'âge de 10 ans, elle l'est encore régulièrement. Mariée à 32 ans, elle a eu trois enfants, dont l'aîné est mort, à 3 ans, de méningite tuberculeuse; le second, du croup à 3 mois (?), et le troisième, du croup à 5 mois (?).

Après ses dernières couches, qui eurent lieu en 1880, Estelle Brunet se leva au bout de trois jours. Elle ressentit à la suite de cette imprudence des douleurs très vives dans les reins et le bas-ventre, qui l'obligèrent à rester quatre mois à l'hôpital Necker, dans le service de M. Potain, où elle fut soignée pour une uréthrite.

L'amélioration qu'elle obtint ne persista pas après sa sortie. En mars 1885 elle contracta une blennorrhagie qu'elle essaya d'arrêter avec une injection très irritante que lui avait conseillée un pharmacien. Des douleurs très vives se déclarèrent alors dans le vagin et dans l'urèthre et l'obligèrent à entrer de nouveau à l'hôpital.

Le 16 octobre 1885 je constate l'état suivant : la pression sur le bas-ventre et sur le trajet de l'urèthre provoque de vives souffrances. Il en est de même au côté droit de l'abdomen, le long de l'uretère. Là on suit manifestement un cordon ayant les dimensions d'un doigt qui n'est autre que ce conduit tuméfié par l'inflammation. Au côté gauche de l'abdomen il n'y a rien de semblable.

L'urine, émise dans les proportions de 1,500 à 1,800 grammes par vingt-quatre heures, est trouble mais ne laisse pas déposer une couche de pus comme celle de la malade précédente. Cependant la cystite n'est pas douteuse, puisque l'uretère droit est tuméfié et douloureux. Néanmoins chez cette femme, qui offre une nervosité outrée et qui a de qui tenir, puisque la mère s'est laissée mourir de faim, c'est la cystalgie qui domine et les phénomènes inflammatoires ne viennent qu'au second plan.

Estelle Br... dit avoir eu à plusieurs reprises des petites hémoptysies. Elle présente des signes indubitables d'induration des deux sommets. Il y a donc lieu de se demander si la cystite et l'uréthrite ne sont pas de nature tuberculeuse.

La malade est soumise jusqu'à la fin de novembre 1885 au traitement suivant : bains, badigeonnages iodés et pointes de feu le long de l'uretère, bicarbonate de soude, térébenthine, bromure de potassium

à l'intérieur, instillations et injections de nitrate d'argent ; le tout reste tout à fait inefficace. Les envies d'uriner sont toujours aussi fréquentes et aussi douloureuses et ne laissent à la malade ni repos ni trêve.

Taille vésico-vaginale. — Le 2 décembre 1885 je pratique la taille vésico-vaginale. Un drain placé dans la vessie ne peut être supporté ; je l'enlève le lendemain. Les douleurs, avec leurs irradiations vers le méat, le périnée, les aines, persistent à peu près au même degré. Il y a même au niveau du rein droit une sensibilité que je n'avais pas encore constatée.

Vers le commencement de janvier, l'état s'améliore assez rapidement. L'uretère est moins volumineux, moins sensible, mais toujours facile à reconnaître.

Vers le mois de février il se produit une nouvelle apparition de douleurs le long de l'urèthre et au niveau du méat. Je fais à la malade la dilatation de l'urèthre avec chloroformisation.

Il en résulte une certaine amélioration, mais pas très franche.

Cependant les lésions pulmonaires s'accentuent ; des râles souscrépitants envahissent toute la hauteur du poumon gauche.

L'état général devient de plus en plus mauvais. Chaque jour, le moment de suturer la fistule vésico-vaginale se trouve ainsi reculé. Six mois, un an se passent et j'attends toujours. Des peines morales s'ajoutent aux troubles de la santé ; la malade ne veut plus manger afin de mourir de faim.

Revenue à un meilleur état mental, elle reprend peu à peu des forces. Aujourd'hui, 17 février, elle est dans l'état suivant :

Les douleurs ont disparu, l'urine est claire. L'uretère est réduit au volume d'un crayon. Je juge le moment opportun pour l'opération projetée. Elle sera pratiquée incessamment.

En résumé, après quinze mois d'attente, cette malade se trouve dans des conditions à peu près aussi favorables que la précédente, au point de vue de l'état local ; mais les lésions tuberculeuses des poumons me font craindre que la cystite et l'uréthrite ne soient de la même nature, ce qui dans l'avenir exposerait la malade à une rechute. En tout cas elle est actuellement soulagée par la création de la fistule vésico-vaginale.

Réflexions relatives au manuel opératoire. — Dans ces deux cas je me suis servi pour la taille vésico-vaginale de l'instrument que j'ai fait construire et qui est représenté dans les *Bulletins* de la Société de chirurgie de 1881. J'ai fait une incision de 3 bons centimètres et au moyen de l'index introduit par cette incision, j'ai dilaté le col de la vessie d'arrière en avant.

Pour me mettre à coup sûr à l'abri de l'infiltration d'urine que les opérateurs américains ont observé un certain nombre de fois, j'ai suturé la muqueuse de la vessie à celle du vagin au moyen

de quatre fils de catgut en croix chez ma première opérée, et de trois crins de Florence chez ma seconde opérée.

Les fils de catgut ont été abandonnés dans la plaie ; les crins de Florence, enlevés au bout de huit jours.

L'avantage de la suture n'est pas seulement d'empêcher l'infiltration des crins, mais aussi de s'opposer à l'oblitération graduelle de la fistule. Elle rend ainsi inutiles le drainage et les boutons spéciaux mis à demeure pour un temps plus ou moins long.

Communication.

M. Lebec fait une communication sur un cas de : *Pseudo-étranglement interne; laparotomie; péritonite tuberculeuse; guérison.*

Ce travail est renvoyé à une commission. (M. Berger, rapporteur.)

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,

Terrillon.

Séance du 23 février 1887.

Présidence de M. Lannelongue.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° *Fibro-sarcome sous-péritonéal de la paroi abdominale inséré au voisinage de l'ombilic*, par M. Monteils (de Mende), membre correspondant national (suit l'observation) ;

3° *Ostéo-myélite chronique du fémur gauche; Séquestre; Ulcération de l'artère poplitée*, par le Dr de Larabie, profes-

seur suppléant à l'École de médecine de Nantes (Commissaire : M. Monod) ;

4° *L'amputation du membre supérieur dans la contiguïté du tronc*, par le Dr P. Berger ;

5° M. le ministre de l'instruction publique transmet à la Société : le projet d'un plan pour l'état descriptif d'une généralité ou d'une région de la France, en 1789, en invitant les membres de la Société à prendre part à ce travail.

Communication.

Fibro-sarcome sous-péritonéal de la paroi abdominale inséré au voisinage de l'ombilic,

Par le Dr Monteils (de Mende), membre correspondant.

Les tumeurs fibreuses de la paroi abdominale ont été, dans ces derniers temps, l'objet de nombreuses observations. Situées le plus souvent au-dessus du ligament de Fallope, au voisinage de l'épine iliaque antéro-supérieure, au niveau des hypocondres, ces tumeurs se rencontrent quelquefois aux environs de l'ombilic.

Je présente à la Société de chirurgie l'observation, avec pièce anatomique à l'appui, d'une tumeur de cette nature qui occupait ce dernier siège. Son mode d'implantation sur le péritoine et la rapidité de son évolution, indice de la transformation qui s'opérait dans sa structure, m'ont paru offrir de l'intérêt.

Mme P..., 35 ans, entre à l'hôpital de Mende le 10 février courant. Tempérament lymphatique ; aucun antécédent héréditaire.

Apparition de la tumeur sous forme d'une noisette en mars 1886. Pas de douleur locale ni d'élancements, sauf depuis trois mois. Développement rapide du volume de la tumeur à partir de l'accouchement.

État actuel. — Tumeur pyramidale, à angles arrondis, à base supérieure, aplatie d'avant en arrière, située à 2 centimètres de l'ombilic à gauche, le dépassant en haut de 3 centimètres, et se prolongeant en bas et en avant parallèlement à la ligne blanche. Elle mesure en hauteur 18 centimètres ; en largeur 14 centimètres. Superficielle en bas et en avant, elle laisse se glisser les doigts derrière sa face postérieure. Dans sa moitié supérieure, elle est beaucoup plus épaisse, plus profonde, et, quand on la soulève, toute la paroi abdominale suit. Sa mobilité reste à peu près la même quand on agit sur la tumeur soit durant l'état de contraction du muscle droit, soit pendant son relâchement. La peau qui la recouvre est parcourue par des veines peu apparentes.

Tout en glissant sur la tumeur, elle ne peut que difficilement en être éloignée.

Pouls à 90. Seins gonflés par le lait, langue saburrale, constipation. Prescription : huile de ricin, 30 grammes.

Le 13 février courant, l'opération est pratiquée.

Incision verticale de la peau dépassant la tumeur en haut et en bas de 2 centimètres, à deux travers de doigt de l'ombilic et de la ligne blanche, de manière à se rapprocher du point de son implantation.

Section du tissu cellulo-graisseux et d'un lacis veineux qui rampe sur la tumeur. Le muscle droit, repoussé en dehors par celle-ci, occupe son bord à gauche. Pour la séparer des parties voisines, j'emploie tantôt le bistouri, tantôt une spatule à bords arrondis et mousses. Située par son extrémité inférieure en avant du muscle droit et dégagée de toute attache avec lui, la tumeur, dans son tiers moyen et postérieur, lui est adhérente. En haut et en arrière, sur une étendue d'une pièce de six francs, elle s'unit intimement au péritoine. Tout à fait en dedans, près de l'ombilic, l'adhérence est telle qu'il m'est impossible de la rompre avec la spatule *qui vient de me servir à séparer la tumeur du péritoine*. Je me trouve alors dans l'alternative ou d'abandonner dans la plaie un fragment de la tumeur suspecte et encourir la récidive, ou d'exciser la portion du péritoine d'où elle émerge, et ouvrir ainsi la cavité abdominale. Ce dernier parti me paraissant plus prudent, j'excise le péritoine sur une étendue circulaire de 2 centimètres. J'applique immédiatement sur l'ouverture une éponge et suture les lèvres adossées de l'incision avec du catgut; suture profonde des lèvres de la plaie à l'aide de quatre fils d'argent et de la peau avec la soie phéniquée. Gros drain et pansement de Lister.

Examen de la tumeur. — Cordiforme, cette tumeur est aplatie d'avant en arrière. Longueur, 15 centimètres; largeur, 13 centimètres à sa partie supérieure, et 9 centimètres en bas. Pourtour, 20 centimètres; poids, 250 grammes. Du tissu cellulo-graisseux et un lacis veineux constituent sa première enveloppe en avant et servent de doublure à une membrane fibreuse qui l'enveloppe en avant et sur ses côtés. Elle manque en arrière sur les points où la tumeur s'insérait directement d'abord sur l'aponévrose du muscle droit, plus haut et en dedans sur le péritoine. Une capsule propre limite la tumeur. A la coupe, on trouve un tissu blanchâtre, résistant, qui ne présente pas l'aspect napiforme des tumeurs fibreuses, mais rappelle plutôt celui du sarcome à sa première période. Ainsi se trouve confirmée la suspicion qu'inspiraient la marche accélérée de la tumeur depuis les couches et la fréquence des élancements dont elle était le siège.

Le soir : P. 112; T. 38°,2. Absence de miction depuis l'opération.

Chiendent nitré; potion avec 3 centigrammes d'extrait de digitale et 5 centigrammes d'opium.

14 *février*. Le matin : P. 90; T. 37°,8. Peau moite; petits frissons la nuit.

Le soir : P. 112; T. 38°,2. Arrivée des règles en avance de six jours.

15 *février*. Le matin : P. 90 ; T. 38° ; le soir : P. 100 ; T. 37°,8. Seins moins tendres ; absence de toute douleur abdominale. Lavages bi-quotidiens des parties génitales avec de l'eau phéniquée.

Bouillons, potages, eau rougie.

16 *février*. Le matin : P. 90 ; T. 38°,1 ; le soir : P. 98 ; T. 37°,4. Appétit ; absence de selles depuis le 13. Prescription : huile d'amandes douces, 30 grammes. Potages, côtelettes, vin de quinquina.

17 *février*. P. 60 ; T. 37°,1. Sommeil tranquille ; absence de selles. Le pansement est renouvelé pour la première fois. Ventre très souple ; aucune trace d'inflammation sur les bords des lèvres de la plaie. Léger écoulement de sanie roussâtre par le drain. Celui-ci, laissé en place, sert à pratiquer une injection d'eau phéniquée dans la plaie.

18 *février*. Même régime : bouillon, côtelette, œuf mollet, vin.

19 *février*. P. 60 ; T. 37°. Absence de toute douleur abdominale. Renouvellement du bandage. Section et enlèvement des fils d'argent ; réunion des parties que ceux-ci mettaient en contact ; légère suppuration par le drain.

Tout permet de prévoir une réunion par première intention dans la partie de la plaie dont les bords ont été affrontés.

Rapport.

Rétrécissement traumatique de l'urèthre. — Uréthrotomie interne. — Mort foudroyante, par M. le Dr Jobard (de Wassy).

Rapport par M. Charles Monod.

M. le Dr Jobard (de Wassy) nous a adressé une observation de rétrécissement traumatique de l'urèthre, traité par l'uréthrotomie interne ; opération qui a été suivie de mort foudroyante.

Il s'agit d'un homme de 40 ans, qui, dans une chute à califourchon survenue huit mois auparavant, s'était fait une rupture de l'urèthre. Rétention, infiltration, incision périnéale. Les accidents aigus se calment, mais il reste une fistule périnéale par où toute l'urine s'écoule. Le rétrécissement est infranchissable. Le malade refuse l'uréthrotomie externe qui lui est proposée.

Il compte que l'urine retrouvera plus tard et d'elle-même son cours normal.

Et de fait, huit mois après l'accident, quelques gouttes d'urine s'échappent par le méat. Une nouvelle tentative est faite alors pour introduire une bougie fine dans la vessie. Elle réussit.

M. Jobard se décide à profiter de ce fil conducteur pour pratiquer l'uréthrotomie interne. L'opération réussit à souhait.

Le rétrécissement est sectionné avec la lame moyenne de l'instru-

ment de Maisonneuve; une sonde à demeure est placée dans l'urèthre et M. Jobard s'en va tout content.

Il est rappelé quelques heures plus tard et trouve son malade en proie à un violent frisson; pouls 120, température 39°,6; du sang s'écoule par l'urèthre; mort dans la soirée de ce même jour.

Pas d'autopsie. Pour M. Jobard, l'instrument a franchi les limites du rétréeissement, a sectionné les vessies voisines; l'urine a pénétré par cette voie dans la tumeur circulatoire et le malade est mort au septième urinement.

Il en conclut « que l'on doit absolument repousser l'uréthrotomie interne dans les cas de rétrécissement d'origine traumatique, pour lui préférer l'uréthrotomie externe ».

C'est tirer d'un fait évidemment malheureux une conclusion trop absolue et insuffisamment fondée.

M. Jobard ne nous rappelle-t-il pas lui-même, au cours de réflexions dont il accompagne son récit, que M. Guyon a relevé, de la statistique qu'il a produite ici même, 13 cas d'uréthrotomies internes faites pour des rétrécissements traumatiques, dont aucune n'a été suivie de mort?

Ne sait-on pas que la dernière opération pratiquée pour des rétrécissements non traumatiques a eu dans quelques cas, heureusement rares, la même issue fatale?

Bien plus, n'a-t-on pas vu une mort aussi rapide survenir à la suite d'un simple cathétérisme de l'urèthre?

Le problème est plus compliqué que ne paraît le supposer M. Jobard.

A propos de nos observations, on pourrait en effet discuter toute la question de la pathogénie des accès fébriles, en particulier des accidents graves et promptement mortels qui peuvent se produire après une opération pratiquée sur les voies urinaires.

Cette discussion nous ne l'aborderons pas. Aussi bien n'aurions-nous à ce sujet aucune considération nouvelle à vous présenter. Nous ne pourrions que reproduire les arguments présentés par M. Guyon [1], dans ses leçons, précisément à propos d'un malade mort à la suite d'une tentative de cathétérisme, en faveur d'une manière de voir que nous partageons absolument.

Avec lui, nous admettons que la pénétration de l'urine dans les tissus ne peut suffire à elle seule pour expliquer ces morts foudroyantes; qu'il faut aussi faire entrer en ligne de compte l'existence des lésions rénales antérieures. Le trouble circulatoire réalisé dans les reins à la faveur de ces lésions ajoute son action à

[1] F. Guyon, *Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires*, 2e édition. Paris, 1885, p. 552, 558 et suiv. — F. Guyon et P. Bazy, *Atlas des maladies des voies urinaires*, 4e liv., p. 85, 1882.

celle de l'intoxication directe, pour porter les accidents à leur summum d'acuité.

Aux preuves cliniques et anatomopathologiques qui abondent dans son livre, notre savant maître joint à l'appui de cette théorie la preuve expérimentale. Il rapelle en effet que MM. Feltz et Ritter, dans un récent mémoire sur l'*urémie expérimentale*[1], ont démontré qu'en liant les vaisseaux rénaux, il fallait, pour déterminer les accidents mortels, une quantité beaucoup moindre d'urine que lorsque cette circulation est intacte.

Pour nous donc, il n'est pas douteux que le malade de M. Jobard qui avait subi huit mois auparavant un traumatisme de l'urèthre, suivi de toute une série d'accidents graves et prolongés, devait être atteint de lésions intéressant les reins.

Nous croyons qu'il faut chercher dans ce fait bien plus que dans l'origine traumatique de son rétrécissement, que dans la profondeur de l'incision pratiquée, la véritable cause de la mort promptement survenue.

M. Jobard nous dit bien en deux mots que son malade « n'était ni diabétique ni albuminurique », mais il ne paraît pas que l'examen de l'urine ait pu être fait avec un soin suffisant.

Ne sait-on pas d'ailleurs que la néphrite interstitielle peut exister sans albuminurie ou du moins avec une albuminurie faible et qui peut échapper à une recherche un peu rapide?

Malgré ces divergences dans l'interprétation des phénomènes observés, le fait que nous a communiqué M. Jobard n'en reste pas moins des plus intéressants, et je vous propose de déposer son observation dans nos archives et de lui adresser nos remerciements.

Discussion.

M. Berger. Je trouve que les conclusions adoptées par M. Monod sont un peu prématurées, car l'observation n'a pas été suivie d'une autopsie.

Or, on sait que les malades meurent quelquefois après une uréthrotomie interne; mais il est difficile d'en connaître exactement le mécanisme.

J'ai vu un cas de rétrécissement traumatique, chez lequel j'ai fait l'uréthrotomie interne, après avoir pu passer par hasard un conducteur.

Il est mort après avoir présenté une anurie complète après l'opération.

J'ai trouvé une néphrite interstitielle double avec des foyers

[1] G. Feltz et Ritter, *De l'urémie expérimentale*, Nancy, 1881.

miliaires purulents. Ces désordres étaient inconnus du vivant du malade, ou n'avaient pas donné de signe appréciable.

M. Terrier. Je remarque seulement un fait, c'est que M. Jobard n'a pas employé les précautions antiseptiques nécessaires en pareil cas.

Or, j'ai dit qu'on pouvait introduire dans le manuel opératoire de l'uréthrotomie interne tous les soins de la méthode antiseptique. J'emploie le borate de soude que je donne à l'intérieur, afin que, en s'éliminant par le rein, l'urine en soit chargée, et cela jusqu'à ce que l'urine dépose des cristaux sur les parois du vase où elle est recueillie.

Grâce à ce moyen, je n'ai, après mes opérations, jamais de frissons; cependant je ne donne pas de sulfate de quinine.

Lorsqu'il y a une lésion des reins, le cas est tout autre, le malade peut courir des dangers.

M. Monod. Je crois qu'on peut trouver facilement des faits analogues à celui de M. Jobard, dans lesquels l'autopsie a été faite avec preuves directes. On pouvait donc conclure par analogie.

Je regrette cependant de n'avoir pas invoqué les précautions antiseptiques, qui ont une si grande importance.

Rapport.

M. Monod fait un rapport verbal sur la présentation faite dans une précédente séance, par M. le Dr Monnier, d'un appareil de son invention, à traction élastique, applicable au redressement du pied équin, résultant de raideur articulaire ou péri-articulaire, ou de rétraction des muscles du mollet. Cet appareil est aussi utile pour prévenir la déformation dans les affections de membre inférieur de longue durée, au cours desquelles l'équinisme peut accidentellement se produire.

Discussion.

M. Trélat. J'ai traité dernièrement un pied bot équin avec un appareil spécial fabriqué par M. Collin ; car nous n'avons pas ordinairement de moyen d'action contre le pied équin avec enroulement.

Cet appareil était muni de deux longues tiges réunies par une bande de caoutchouc qui avait pour but de les rapprocher en redressant le pied.

Je présenterai plus tard l'appareil avec le moulage des pieds.

M. Anger. J'ai employé l'appareil de M. Monnier dans mon service hospitalier. Il n'a pu être supporté ; il a glissé, et je n'en ai retiré aucun bénéfice.

M. Monod. Je l'ai vu employer dans un cas, avec succès, pour lutter contre un équinisme, résultat d'une lésion inflammatoire, après une opération de section tendineuse préliminaire.

M. Reclus. Je m'en suis servi pour un cas d'équinisme, mais sans succès. Il est vrai que j'ai remarqué combien la peau des membres atteints de paralysie infantile est nuisible aux pressions des appareils et s'escharifie facilement.

M. Ollier. En voyant cet appareil, je fais la réflexion suivante : Il prend un point d'appui au moyen de cercles qui enserrent la jambe et peuvent la blesser. Donc il est défectueux.

Aussi, depuis longtemps, je prends un point d'appui sur un appareil sylicaté qui entoure au préalable la partie malade. Sur cet appareil se trouvent fixés solidement des leviers qui sont sollicités, dans le sens nécessaire, par des lanières de tissu élastique.

M. Trélat. Je remarque aussi que, dans cet appareil, on emprisonne le pied, on le resserre en le comprimant et en augmentant l'enroulement.

(La Société ne croit pas devoir publier la planche représentant cet appareil.)

Communication.

Fistule urétéro-vésico-vaginale, guérie par la colpoplastie,

Par le Dr S. Pozzi, agrégé, chirurgien de Lourcine.

Jeanne Desb..., âgée de 38 ans, ménagère, m'est adressée à l'hôpital temporaire Pascal, annexe de Lourcine, par M. le professeur Thouvenet (de Limoges).

Antécédents. — Réglée à 19 ans, régulièrement. Mariée à 20 ans; quatre enfants ; le dernier à 27 ans, mort-né ; accouchement laborieux. Trois semaines après, la malade s'aperçoit qu'elle perd son urine d'une façon continue. Elle se soumet successivement à plusieurs opérations — onze dit-elle; M. Thouvenet m'écrit : « Un nombre infini de fois. » Aucune n'amène la guérison.

État actuel. — Assez bon état général ; toutefois, la malade n'est pas d'une constitution vigoureuse, mange peu, se fatigue facilement.

Par l'examen dans la position genu-pectorale, on découvre sur la paroi antérieure du vagin, au niveau du cul-de-sac et à gauche, une dépres-

sion ombiliquée très petite par laquelle suinte l'urine. Elle ne peut admettre une sonde de femme, mais l'hystéromètre y pénètre aisément. Elle est éloignée d'environ trois centimètres du col utérin, et correspond au grand pli du vagin, qui se porte de la saillie uréthrale vers le cul-de-sac antérieur quand le vagin est étalé par la valve de Sims. La situation paraît donc correspondre au siège de la dernière partie de l'uretère. En rapprochant cette circonstance de l'échec constant des nombreuses opérations antérieures, je supposai que l'orifice fistuleux devait communiquer avec ce conduit. Pour m'en assurer, j'introduisis un stylet dans la fistule. Il fut facile de constater par le cathétérisme vésical qu'il avait pénétré dans le réservoir urinaire, où il se mouvait librement. La recherche de l'uretère, sur le pourtour de l'orifice fistuleux, demeura d'abord sans résultat. Mais dans un examen ultérieur, on parvint, après de nombreux tâtonnements, à faire pénétrer la sonde uréthrale de Pawlik, vers la partie supérieure de l'orifice, à une profondeur considérable, *vingt et un centimètres*. On a alors la sensation très nette que la sonde est emprisonnée dans un étroit conduit; son introduction progressive, faite avec beaucoup de ménagements, a subi un léger temps d'arrêt au niveau du détroit supérieur. Une injection de lait dans la vessie ne ressort que par la sonde et non par le cathéter de Pawlik.

Dès lors le diagnostic était certain ; on avait affaire à une fistule vésico-urétéro-vaginale, c'est-à-dire, faisant communiquer le vagin à la fois avec le conduit vecteur de l'urine et avec son réservoir.

Quelle opération devait être choisie pour en amener la guérison ? Il était évident que l'avivement et la suture, suivant le procédé américain, ne pouvaient être choisis sous peine d'oblitérer ou de rétrécir l'uretère. Telle était certainement la cause constante des insuccès antérieurs.

Je n'insisterai pas sur les nombreux procédés opératoires qui ont été employés contre les fistules de l'uretère, depuis qu'on a entrepris de les fermer au lieu de s'en tenir à l'opération palliative primitivement proposée par Simon (colpocleisis après création d'une fistule vésico-vaginale artificielle). On trouvera dans Hegar et Kaltenbach, et dans le récent ouvrage de Winckel (qui fait partie de la *Deutsche Chirurgie*), la description détaillée des procédés de Simon, Landau, Bandl, Schede. La plupart de ces opérations ont été conçues pour des fistules urétéro-vaginales simples, sans communication avec la vessie. Aussi l'un des temps qu'elles comprennent pouvait-il être ici omis, savoir : la création préalable d'une fistule vésico-vaginale artificielle. Mais était-il nécessaire de débrider l'extrémité de l'uretère et d'en décoller journellement les bords pour les faire cicatriser isolément (Simon), ou encore d'introduire dans ce canal une sonde flexible ramenée ensuite dans l'urèthre, pour faire au-dessous de cette sonde, laissée à demeure, l'avivement et la suture (Landau)? La complication même de ces manœuvres me poussait à rechercher autre chose, sans compter la crainte de ne pas me trouver, grâce à elles, suffisamment à l'abri d'un rétrécissement consécutif de l'uretère. Le moyen d'éviter ce dernier écueil est bien donné

par le procédé d'avivement recommandé par Schede, qui a soin de ménager sur le pourtour de l'orifice une assez large bandelette de muqueuse vaginale, de manière à former après la suture une sorte de cupule au devant de l'orifice uréthral refoulé dans la vessie. Ce procédé paraît donc préférable à ceux qui ont été précédemment indiqués. Mais l'avivement *en couronne* qu'il suppose, se prête bien mal à un affrontement parfait et, en reculant considérablement les limites externes de la région avivée, doit exposer à de grands tiraillements.

Je m'arrêtai à un plan opératoire plus simple à la fois, et tout aussi efficace.

Que s'agissait-il d'éviter ? L'occlusion de l'orifice urétéral. Il fallait à la fois fermer la communication du vagin avec la vessie et reporter *intégralement* dans l'intérieur de celle-ci l'orifice anormal — ou normal — de l'uretère, sans en diminuer le calibre, sans y toucher si possible.

Or, ce but peut être atteint en dédoublant, par la dissection de deux petits lambeaux, la cloison vésico-vaginale au niveau de la fistule et faisant porter l'affrontement et la suture sur ces lambeaux formés seulement par le feuillet antérieur ou vaginal du dédoublement ; le feuillet postérieur ou vésical, percé de l'orifice fistuleux est alors simplement repoussé dans l'intérieur du réservoir urinaire sans qu'aucun tiraillement soit exercé sur lui ; il est même plutôt relâché par le pincement que l'affrontement du feuillet antérieur produit au devant de lui.

C'est, comme on le voit, l'application à un cas très spécial du procédé autoplastique inauguré par Gerdy en 1841, vanté devant l'Institut par Leroy d'Étiolles l'année suivante, et tombé dans le discrédit jusqu'à ce que M. le Dr Duboué (de Pau) vînt le proposer de nouveau comme méthode générale en 1864, à la Société de Chirurgie. Il y avait là sûrement, de la part de ce chirurgien, une exagération, et la méthode américaine n'a pas de rivale dans les cas ordinaires, typiques. L'autoplastie répond à des indications spéciales, et les fistules de l'uretère seront, me semble-t-il, une de ses principales applications.

Guidé par ces considérations, je pratiquai l'opération de la façon suivante, le 8 novembre 1886 :

Antisepsie exacte du vagin par des lavages répétés au sublimé. Position genu-pectorale : pas de chloroformisation ; l'anesthésie locale est obtenue par des badigeonnages avec la solution de cocaïne : elle est très suffisante et la malade ne se plaint pas.

La région étant bien mise à découvert par l'emploi d'une valve de Simon, d'écarteurs latéraux, et l'abaissement modéré de l'utérus dont le col a été saisi par une pince, on pratique au niveau de la fistule une incision verticale qui la dépasse en haut et en bas de un centimètre et demi environ : une incision transversale à chaque extrémité de cette incision verticale lui donne la forme d'une H renversée.

Dissection des bords de l'incision verticale dans une étendue de deux centimètres, de façon à obtenir deux petits lambeaux par dédoublement de la cloison. Quand ces lambeaux sont relevés, on aperçoit au centre de la surface cruentée le petit orifice de la fistule. On attire l'un vers

l'autre les deux lambeaux au devant de celle-ci, et on les affronte sans le moindre effort. Ils sont suturés soigneusement par trois points profonds et quatre superficiels, au fil d'argent ; après la suture, et par l'adossement de leurs faces profondes, ils forment à la place où était la fistule une petite saillie en forme de crête.

Lavage au sublimé du vagin ; à l'acide borique de la vessie ; gaze iodoformée dans le vagin. Sonde à demeure pendant les quatre premiers jours, puis cathétérismes fréquents. — Ablation des fils le huitième jour.

Les suites sont des plus simples. Réunion par première intention, guérison complète. Dans les premiers temps qui suivent l'opération, il persiste une incapacité très gênante de la vessie à retenir l'urine (rappelons que la fistule avait onze ans de date). Il existe aussi par la même cause une métrite du col très prononcée.

La malade est donc gardée à l'hôpital pour n'être renvoyée dans son pays qu'après avoir été entièrement guérie de l'affection utérine.

Celle-ci est actuellement (février 1887) à peu près terminée. Les fonctions de la vessie se sont aussi très améliorées. La malade peut conserver son urine, sans besoin d'émission, pendant plusieurs heures quand elle est couchée, et pendant une heure quand elle est debout, excepté au moment de ses règles, où les besoins sont fréquents et impérieux.

La guérison est donc aussi complète que possible, et a été obtenue facilement, en une seule opération par le procédé autoplastique qui peut recevoir dans *cette région* le nom *de colpoplastie.*

Discussion.

M. Trélat. J'ai eu deux fois l'occasion de publier des cas analogues, et surtout dernièrement chez une femme opérée d'hystérotomie par la voie vaginale.

Je redoutais, à cause de la perte de substance vésicale, de rencontrer l'uretère et de diminuer la capacité du réservoir urinaire.

Aussi j'ai reporté l'avivement à 1 centimètre de la fistule sur la paroi vaginale, et j'ai affronté ces surfaces cruentées. La muqueuse vésicale était ainsi refoulée en haut.

Chez une autre malade, j'ai fait de même en refoulant la muqueuse vésicale dans la cavité de la vessie. J'ai eu ainsi un affrontement parfait et j'ai évité l'uretère.

M. Pozzi. M. Trélat a procédé comme l'indique Schede.

Communication.

M. Houzel (de Boulogne), présente deux observations : l'une de

fistule vésico-vaginale, opérée par le procédé américain; l'autre, de *fistule uréthro-vaginale*, guérie par la méthode à lambeaux.

Ce travail est renvoyé à une commission (M. Pozzi, rapporteur).

Communication.

M. Regnier lit un travail intitulé : *De la valeur pronostic du réflexe rotulien dans le diabète*, au point de vue chirurgical.

Ce travail est renvoyé à une commission (M. Berger, rapporteur).

Présentation de malade.

M. Terrillon présente la jeune femme à laquelle il a pratiqué une cholécystotomie pour une hydropisie de la vésicule biliaire due à la présence de calculs, dont un enchatonné dans le canal cystique. L'observation avait été lue devant l'Académie de médecine (novembre 1886).

Il s'agissait d'une jeune femme de 24 ans qui s'était aperçue, depuis plusieurs mois, de la présence d'une tumeur arrondie, indolente, au niveau du creux épigastrique.

Depuis un mois seulement, elle avait commencé à maigrir, à perdre l'appétit, sans présenter ni trace d'ictère, ni urines brunes. Les selles étaient colorées.

La tumeur arrondie paraissait grosse comme le poing, se continuant en haut avec le foie qui descendait très bas; aussi la trouvait-on presque au niveau de l'ombilic.

L'opération pratiquée en novembre 1886 présente les particularités suivantes :

L'incision faite au niveau de l'ombilic conduisit, après ouverture du péritoine, sur une tumeur arrondie, fluctuante, légèrement opaliue.

Une ponction, pratiquée avec une aiguille fine de l'appareil Potain, donna 300 grammes de liquide transparent, opalin, contenant de la cholestérine.

On sentit alors un calcul gros comme une noisette dans cette poche, qui n'était autre que la vésicule biliaire très agrandie.

Le fond de la vésicule fut ouvert; les bords, saignant beaucoup, furent saisis avec des pinces, et on enleva le calcul libre dans la vésicule.

Le doigt introduit dans la cavité, permit de reconnaître un gros cal-

cul, enchatonné dans la muqueuse et occupant l'orifice du canal cystique.

Avec l'ongle, on put enlever la muqueuse mince qui recouvrait le calcul, et mettre celui-ci à nu par sa partie antérieure.

Des tentatives pour le déplacer, faites avec des instruments mousses, paraissant dangereuses, dans la crainte de perforer le canal cystique, j'eus l'idée de creuser le calcul avec une pince à griffes qui enleva petit à petit des morceaux en l'évidant. Il fut ensuite écrasé et finalement enlevé.

Pour arriver à ce résultat, surtout à cause de la profondeur de la vésicule exagérée par la position verticale du foie qui descendait très bas, on dut attirer le plus possible la vésicule au dehors, au moyen de pinces fixées sur sa face interne.

Celle-ci étant vide ; on remarqua qu'il serait impossible de faire une ablation totale, et on se contenta de fixer le fond, après résection d'une partie de la cavité, à la plaie abdominale.

Deux tubes à drainage furent placés dans l'orifice, et un pansement iodoformé appliqué sur le champ opératoire.

Les suites de l'opération furent des plus simples, sans fièvre ni aucun phénomène notable.

Les tubes furent enlevés successivement et définitivement après quinze jours. La bile coulait par cet orifice, surtout pendant la nuit.

Deux cautérisations au fer rouge furent nécessaires pour détruire la muqueuse qui faisait bourrelet autour de l'orifice et rendait celui-ci fistuleux.

Finalement la malade était complètement guérie deux mois après l'opération.

Elle a engraissé, se porte bien et ne ressent aucune douleur ni aucun tiraillement (23 février 1887).

Présentation d'instrument.

M. Terrier présente, au nom de M. le Dr Luc, un dilatateur pharyngien pour l'inspection du pharynx nasal. C'est une modification du crochet palatin de Voltolini.

M. Poncet, membre associé, est nommé membre honoraire de la Société de chirurgie.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,

Terrillon.

Séance du 2 mars 1887.

Présidence de M. Lannelongue.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *Anomal report of the board of regents of the smithsonian Institution*, année 1884, 2e partie ;

3° *Bulletin de la Société des médecins et naturalistes de Jassy*, 1re année, n° 1 ;

4° Une lettre de remerciements de M. Poncet, professeur au Val-de-Grâce, nommé membre honoraire ;

5° M. Magitot, indisposé, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

Communication.

Cinquième et sixième opérations d'hystérectomies vaginales. — Résultats primitifs excellents. — Résultats ultérieurs, bons dans un cas (obs. V), *mauvais dans l'autre* (obs. VI),

Par M. le Dr Terrier.

J'ai l'honneur de vous communiquer mes cinquième et sixième observations d'hystérectomies vaginales, opérations faites, l'une, depuis plus de huit mois; l'autre, depuis un peu moins de huit mois. Dans le premier cas, le résultat obtenu par l'ablation de l'utérus dégénéré s'est parfaitement maintenu ; dans le deuxième cas, la récidive s'est produite au bout d'environ quatre mois.

Quoique ces opérations aient été caractérisées de *nouveautés chirurgicales tapageuses* par un membre correspondant allemand de cette Société [1], je crois qu'elles sont acceptées aujourd'hui par

[1] Kœberlé, Traitement des cancers de la matrice par l'hystérectemie (*Gazette hebdomadaire*, p. 139 et 140. Paris, 1886).

la plupart des chirurgiens, à la condition toutefois que l'on puisse juger non seulement de leurs résultats primitifs, mais aussi des résultats ultérieurs qu'elles fournissent, c'est-à-dire de la survie procurée aux malades.

Obs. V. — *Epithélioma du col. — Hystérectomie vaginale. — Guérison depuis près de neuf mois.* (Observation rédigée d'après les notes de M. S. Bonnet, interne du service.)

Mme Médard, née Henry (Geneviève), âgée de 40 ans, demeurant à Paris (4, avenue de Clichy), entre à l'hôpital Bichat, le 16 avril 1886, pour se faire soigner d'une affection du col.

Cette femme, dont les parents sont morts d'accidents, est très fortement constituée et jouissait d'une excellente santé.

Elle a eu la variole à 18 mois, réglée à 16 ans une seule fois, les menstrues ne reparurent qu'à 20 ans ; depuis, elles sont normales, régulières et durent deux à trois jours. Mariée à 20 ans, Mme M... eut 7 grossesses de 20 à 36 ans. Couches normales et faciles. Cinq de ses enfants sont morts en bas âge. Pas de fausses couches.

Jusqu'au mois de janvier 1886, la malade n'avait jamais rien ressenti d'anormal du côté de l'utérus, lorsque le 7 janvier, sans cause appréciable, apparut une métrorrhagie qui dura deux jours et obligea Mme M... à garder le lit. A la fin de janvier, nouvelle perte; depuis l'écoulement sanguin fut continuel, mais peu abondant, jusqu'au 10 mars, époque à laquelle il y eut une nouvelle métrorrhagie, suivie d'un arrêt de tout écoulement pendant une semaine. Les pertes ne furent jamais odorantes; quelques douleurs vers l'hypogastre avec irradiations lombaires. D'ailleurs, l'état général restait excellent et l'appétit bien conservé.

C'est pour faire traiter ces pertes sanguines que la malade est entrée à l'hôpital Bichat.

Le toucher vaginal et l'examen au spéculum permettent de constater que le col utérin est dur, volumineux, ulcéré et saignant au moindre contact.

Le cathétérisme utérin donne 8 centimètres et demi de cavité du col et du corps. Pas de ganglions iliaques, mobilité parfaite de l'utérus. Les annexes, ligaments larges et ovaires, paraissent sains. Urines normales en quantité et qualité.

On fait trois fois par jour des injections vaginales au sublimé (1/1000) et un tampon d'ouate iodoformée est placé à l'entrée du vagin et renouvelé après chaque injection.

Opération le 28 *mai* 1886, avec l'aide de mon ami et collègue Richelot. Anesthésie par M. Rollin, interne du service. Le vagin irrigué par une injection de liqueur de Van Swieten, le col est saisi avec des pinces de Museux et attiré en bas. Incision des insertions antérieures du vagin sur le col, quelques vaisseaux vaginaux qui donnent, sont saisis avec des pinces à pression. On arrive peu à peu au péritoine qu'on saisit avec une pince à griffes et qu'on ouvre avec des ciseaux mousses. Cette

ouverture antérieure est agrandie par déchirure, latéralement, à l'aide des doigts indicateurs.

Mêmes manœuvres en arrière du col, mais plus difficiles, cet organe étant très dévié en arrière. Ouverture du cul-de-sac péritonéal postérieur avec les ciseaux mousses ; elle est agrandie à l'aide des doigts.

Une longue pince courbe (modèle Richelot) est placée sur le ligament large gauche ; puis le ligament est sectionné avec des ciseaux entre la pince et l'utérus.

Ceci fait, l'utérus est amené au dehors avec quelque peine vu le volume de l'organe, et trois ligatures en chaîne furent placées sur le ligament large droit ; on le sectionna ensuite en rasant l'utérus, et l'organe fut enlevé.

Du sang s'écoule du ligament large lié, et on dut appliquer sur les vaisseaux qui dominaient cinq pinces à forcipressure (modèle Terrier), plus, deux autres petites pinces à pression sur des artérioles vaginales. A gauche, la partie supérieure du ligament large donnait encore un peu de sang ; on y place une longue pince à forcipressure. L'hémostase obtenue, on ne draine pas le péritoine, et on se contente de placer, entre les deux faisceaux, des tampons d'ouate iodoformée. De l'ouate phéniquée sur la vulve et bandage en T complètent le pansement.

L'opération a duré un peu plus d'une heure.

28 *mai, soir*. Vomissements bilieux, ventre souple et peu douloureux. T. 37°,8. Trois injections de morphine. Glace et champagne.

29 *mai*. Deux vomissements. Gaz rendus par l'anus. Grande fatigue. Urine, 1 litre, contenant de l'iodoforme. Une injection de morphine. T. matin, 37°,6 ; soir, 38°. Glace, champagne, lait et eau de Vichy.

30 *mai*. Un vomissement la nuit. Agitation, douleurs vers l'hypogastre. Soif vive. Goût d'iodoforme. T. matin, 38° ; soir, 38°,4. On enlève les cinq grandes pinces à forcipressure et les deux petites du côté droit.

Besoins fréquents de miction. Urines, 1 litre et demi, foncées et contenant de l'iode. Même régime.

31 *mai*. Un peu d'agitation, ventre souple et un peu douloureux. On enlève les deux pinces du côté gauche. Pas de suintement sanguin. Urines, 2 litres. T. matin, 37°,6 ; soir, 38°, 2. Même régime.

1er *juin*. Soif persistante, avec goût d'iodoforme. Agitation moindre. Urines, 2 litres, toujours colorées par l'iode. Mictions fréquentes. T. matin, 37°,4 ; soir, 37°,9. Même régime.

2 *juin*. Ventre souple et indolore. La soif seule persiste. Mictions moins fréquentes. Urines, 1 litre un quart. T. matin, 37°,4 ; soir, 37°,6. Même régime.

3 *juin*. Même état. Garde-robe avec lavement. Un peu d'alimentation. T. matin, 37°,2 ; soir, 37°,6.

4 *juin*. État satisfaisant. On alimente la malade.

5 *juin*. *Ut supra*. Température normale. La malade mange de la viande.

18 *juin*. Mme M... se lève pour la première fois, sans fatigue et sans ressentir de douleurs.

2 *juillet*. L'examen au spéculum permet de constater au fond du vagin une ligne transversale, cicatricielle, ressemblant un peu à l'ouverture du col. Culs-de-sac souples et libres, quelques petits points indurés sur la cicatrice. Pas de pertes blanches.

Sortie de l'hôpital, le 3 juillet 1886, en excellent état.

L'opérée fut revue le 23 juillet 1886; elle se plaignait de palpitations et de quelques douleurs vers la fosse iliaque droite, douleurs s'irradiant du côté des reins. Au spéculum, le fond du vagin apparaît comme s'il s'agissait d'un col utérin un peu effacé. La cicatrice très nette offre l'aspect d'un H majuscule. Au toucher, cette cicatrice est assez souple à gauche, mais semble se continuer à droite avec un foyer d'induration dans le ligament large correspondant.

Le 24 octobre suivant, Mme M... revient nous voir ; elle est très bien portante ; pas de règles depuis l'opération, bouffées de chaleur vers la face après le repas. Quelques douleurs de reins mais à gauche et vers la fosse iliaque. Notable embonpoint. Au toucher, la cicatrice est souple, et n'est plus indurée du côté droit comme en juillet dernier.

L'examen au spéculum permet de constater l'intégrité absolue de la cicatrice linéaire.

Le 8 décembre 1886, Mme M... se plaint de diarrhées persistantes. Le résultat local reste parfait : cicatrice linéaire et culs-de-sac souples. Cet état a été constaté par mon ami et collègue des hôpitaux, le Dr Quénu.

Fin janvier 1887, c'est-à-dire huit mois après l'opération, Mme M... allait fort bien et l'état local était resté parfait. Parfois, il y avait un peu de diarrhée.

L'utérus enlevé est volumineux et pèse 125 grammes, il mesure 10 centimètres de long, dont 7 centimètres pour le corps et 3 pour le col, la cavité du corps a 6 centimètres de long. Le col, hypertrophié, fongueux, a été déchiqueté par les tractions des pinces de Museux. Il mesure, avons-nous dit, 3 centimètres. L'altération du col atteint surtout une des lèvres du museau de tanche, la lèvre postérieure. La cavité du col, un peu dilatée, a 2 centimètres de hauteur.

La néoformation du col, examinée au microscope par M. le Dr Poupinel, est constituée par un épithélioma pavimenteux lobulé. Quelques lobes ont subi à leur centre la dégénérescence cornée (G. 115 du Laboratoire d'histologie du Collège de France).

En résumé, chez une femme bien portante, apparaissent des métrorrhagies. L'on reconnaît un épithelioma du col. L'ablation de l'utérus décidée, elle fut faite en utilisant d'un côté la pince de Richelot, de l'autre les ligatures multiples, qui tinrent assez mal et nécessitèrent l'application de pinces hémostatiques (5 pinces). Les suites de cette opération longue (1 heure) et assez pénible, furent très simples : le 3e jour la température atteignait son maximum, 38°,4 ; la malade fut tourmentée par des vomissements, une soif vive et le goût désagréable de l'iodoforme. Celui-ci était

éliminé en notable quantité par les urines, d'ailleurs très abondantes.

Les 3 pinces de droite, placées sur de petits vaisseaux, furent enlevées au bout de 48 heures, celle de gauche, avec la large pince Richelot, resta 3 jours en place.

L'opérée s'alimentait dès le 6e jour, se levait le 21e, enfin sortait de l'hôpital le 37e jour.

Depuis, le résultat acquis a persisté et la santé est florissante.

Obs. VI. — *Épithélioma du col, envahissant un peu le vagin à droite. — Utérus fibromateux. — Hystérectomie vaginale. — Guérison de l'opération. — Récidive de l'épithélioma au bout de quatre mois.* (Observation rédigée sur les notes de M. S. Bonnet, interne du service.)

Mlle Maria Nantier, 36 ans, entre à Bichat, le 16 juin 1886, pour se faire soigner d'une affection utérine.

Son père est mort d'hémorrhagie cérébrale, sa mère aurait succombé à 57 ans de la jaunisse (?). Une tante a une tumeur abdominale, probablement fibreuse, une autre tante a eu un épithelioma du sein. Sept frères ou sœurs sont vivants ; elle en aurait perdu plusieurs mais en très bas âge. A 16 ans, fièvre intermittente durant 3 mois, qui parfois reparaît et donne lieu à quelques accès fébriles. Menstruée difficilement à 10 ans, depuis les règles sont normales, abondantes et durent 3 jours environ. Leucorrhées fréquentes. A 16 ans, grossesse arrivée à terme. Il y a 8 mois, douleurs dans le flanc droit et vers les lombes; ces douleurs lancinantes s'irradièrent jusqu'à l'hypogastre, toujours à droite. D'abord légères et espacées, les douleurs sont devenues plus intenses et, depuis 3 mois, elles présentent des périodes paroxystiques très pénibles. La menstruation est troublée, la malade perdit d'abord 2 et 3 fois en un mois, puis l'écoulement sanguin devint presque continuel, s'arrêtant parfois pour faire place à un suintement roussâtre et fétide.

Vers la fin de mai dernier, Mlle N... eut une véritable hémorrhagie qui dura une dizaine de jours.

La malade a maigri depuis un an ; au début de son mal, elle aurait eu de fréquents vomissements ; depuis, elle se plaint d'inappétence et de constipation avec ténesme rectal. Quelques accidents du côté de la miction apparurent en même temps et la malade, il y a 2 ou 3 mois, avait de la dysurie. Entrée tout d'abord dans un service de médecine, cette malade nous fut adressée le 27 juin 1886.

Le col utérin regarde en arrière et semble peser sur le rectum ; en tout cas, il est difficile d'atteindre en arrière le cul-de-sac vaginal postérieur. Ce col, fongueux et bourgeonnant, saigne au moindre contact, son volume est un peu augmenté. La dégénérescence se tend en arrière et à droite jusqu'aux insertions vaginales. Le cul-de-sac antérieur est large, on y sent très bien le corps utérins volumineux et en antéversion.

Le toucher rectal permet de s'assurer que le col est mobile sur le rectum. En fait, le diagnostic d'épithéliome du col s'impose et l'enlèvement de l'utérus par le vagin nous paraît encore possible, bien que les douleurs, siégeant surtout à droite, nous fassent craindre une propagation du côté du ligament large. On ne sent pas d'induration ni du côté des lombes, ni du côté de la fosse iliaque droite ; on peut donc espérer la localisation du mal à l'utérus.

L'opération décidée, la malade fut soumise au traitement antiseptique ordinaire, soit 3 injections vaginales avec la solution de sublimé au millième, et l'introduction d'un tampon d'ouate iodoformée à l'entrée du vagin.

Les urines, examinées, ne contenaient ni sucre, ni albumine, et étaient rendues en quantité normale.

Opération le 9 juillet 1886 [assistants : MM. Nicaise, Reclus, Doleris et le Dr Pouzet (de Cannes)]. — L'utérus est attiré en bas et en arrière, à l'aide de 2 pinces de Museux implantées dans la lèvre antérieure du col, une seconde pince est placée avec peine sur la lèvre postérieure, plus malade que l'antérieure et moins résistante par conséquent. Incision circulaire des insertions antérieures du vagin. Quelques pinces à pression doivent être mises sur les vaisseaux ouverts. On continue la dissection entre l'utérus et la vessie, ayant soin de s'assurer, avec une sonde, des rapports de ces deux organes. Cette dissection est fort longue, se fait à coups de ciseaux mousses et c'est avec grand peine qu'on arrive au tissu cellulaire sous-péritonéal. Celui-ci est facilement refoulé avec le doigt et enfin, à tâtons et toujours à l'aide des ciseaux mousses, on finit par ouvrir le cul-de-sac vésico-utérin. Cette ouverture est agrandie latéralement en déchirant les tissus avec les doigts indicateurs.

On passe à l'incision postérieure, qui est aussi longue à faire pour arriver au cul-de-sac, et à propos de laquelle on est obligé de pratiquer le toucher rectal, afin de se tenir à distance de l'intestin. Le péritoine se décolle facilement de l'utérus, et enfin, avec des ciseaux mousses, guidés par le doigt, on finit par ouvrir le cul-de-sac postérieur. On agrandit cette ouverture par déchirure faite des deux côtés, toujours avec les doigts. L'exploration digitale de l'utérus et des ligaments larges, par les ouvertures péritonéales ne permet pas d'arriver jusqu'au fond de l'organe, ni aux limites supérieures des ligaments larges. C'est qu'en effet l'utérus est volumineux et bourré de fibromes. Une longue pince à mors plats (système Terrier) est placée sur la partie inférieure du ligament large gauche, puis peu à peu, on sectionne le tissu utérin en dedans de cette pince et en se rapprochant de l'utérus, car les ciseaux ont grand peine à manœuvrer dans ces parties profondes. En même temps, on abaisse l'utérus, en exerçant sur lui des tractions qui déchirent le col et nécessitent à plusieurs reprises la réapplication des pinces de Museux. On arrive ainsi jusqu'à la limite supérieure de la pince plate et longue, mais il reste encore du tissu du ligament large au-dessus d'elle. Pour le sectionner sans crainte d'hémorrhagie, une pince à pression à mors plats est placée au-dessus et en dedans

de la première pince à pression, si bien que tout le ligament large étant pris, on peut enfin détacher l'utérus et l'amener au dehors. Le second ligament large est saisi avec une pince à mors plats et, comme celle-ci n'est pas assez longue pour l'étreindre dans toute sa hauteur, on est obligé d'ajouter en haut, au niveau du ligament de l'ovaire, une deuxième pince à mors plats. Quatre pinces à pression sont placées sur les vaisseaux vaginaux qui donnent un peu de sang.

Pansement avec la ouate iodoformée en tampon, le tout recouvert d'ouate phéniquée et maintenu par un bandage en T.

L'opération a duré 1 h. 25 minutes.

Comme cela se fait habituellement, la malade reste couchée sur le dos, les jambes fléchies et relevées sur un coussin transversalement placé sous les genoux.

9 *juillet, soir*. Vomissements bilieux répétés. T. 37° 6. Glace et champagne.

10 *juillet*. Agitation la nuit, les vomissements continuent, éructations fréquentes, trois des petites pinces à forcipressure et la longue pince plate droite sont enlevées, très léger suintement séro-sanguin. Le ventre un peu tendu est douloureux spontanément et à la pression, surtout à droite. Urines, 1 litre, foncées et avec dépôt muqueux. On sonde la malade toutes les deux ou trois heures.

Trois demi-injections de morphine depuis l'opération. Glace et champagne. T. matin, 37°4 ; soir, 38°.

11 *juillet*. Agitation la nuit, les vomissements ont cédé à l'ingestion de quelques cuillerées d'une solution de chlorhydrate de morphine au millième. Teinte subictérique de la face et des conjonctives. Ventre tendu et douloureux. Urines 1 litre et demi, de couleur violette très accusée. T. matin, 37°6 ; soir, 37°8. Glace, lait, champagne.

12 *juillet*. Nuit plus calme, sommeil pendant quelques heures. Le ventre est moins tendu, la malade a rendu des gaz par l'anus. Nausées, pas de vomissements. Deux litres d'urines colorées en brun. On enlève les dernières pinces, ce qui est un peu douloureux. T. matin, 37°6 ; soir, 37°7. Même régime.

13 *juillet*. Même état. Le liquide des injections est un peu teinté en rose. Urines normales. On sonde toujours la malade.

14 *juillet*. Un vomissement. Ventre souple, un peu douloureux à l'hypogastre et surtout à droite. Les tampons vaginaux iodoformés ont été enlevés successivement, et on ne fait plus que des injections antiseptiques au bichlorure de mercure.

15 *juillet*. Lavement suivi d'évacuations abondantes. La malade est un peu agitée et énervée ; elle a le soir 39°6.

On donne du bouillon, le lait n'étant plus supporté.

La teinte subictérique des conjonctives et de la face disparaît peu à peu, et n'existe plus vers le 20.

Le ventre est souple, mais reste douloureux vers la fosse iliaque droite, côté dans lequel Mlle N... dit ressentir encore des élancements assez douloureux. Pendant assez longtemps, il y a un suintement coloré, et les injections entraînent quelques débris de tissus sphacélés.

C'est le septième jour seulement que la malade a pu uriner seule.

La température, montée à 39°6 le sixième jour, est rapidement descendue dès le lendemain à 37°8, chiffre qu'elle n'a pas dépassé.

Du 16 *au* 25 *juillet*, rien à noter, appétit et digestion très bons, état général parfait.

Le 25 *juillet*, la malade se plaint de pesanteur dans le petit bassin et de douleurs lancinantes du côté de la fosse iliaque droite. On attribue ces phénomènes à l'époque menstruelle probable ; cet état dure trois à quatre jours, puis disparaît presque complètement.

Le 30 *juillet*, c'est-à-dire le 21e jour après l'opération, la malade se lève et dit souffrir un peu du côté droit.

Le 8 *août* 1886, Mlle N... quitte l'hôpital, soit juste un mois après avoir été opérée ; son état général est excellent, elle mange très bien, il n'y a plus traces d'écoulement vaginal.

Examen anatomique. — L'utérus enlevé est formé de trois parties superposées en quelque sorte :

1° Le col en pleine dégénérescence est déchiqueté par les pinces à griffes ;

2° Le corps utérin, presque atrophié, avec une cavité très petite et un corps fibreux interstitiel ;

3° Une sorte de grappe de corps fibreux, ayant pour insertion commune le fond de l'utérus. Un de ces corps est libre, son pédicule ayant été coupé pendant l'opération.

Le poids total de la tumeur enlevée est de 150 grammes, et sa hauteur de 13 centimètres.

Le corps et le col ont 8 centimètres de long, dont 4 centimètres et demi pour le corps et 3 centimètres et demi pour le col. Ce dernier est hypertrophié, fongueux, ayant une lèvre antérieure bien plus développée que la postérieure ; cette dernière est en partie détruite par l'ulcération. Large de 5 centimètres, le col a 4 centimètres d'avant en arrière.

La largeur du fond de l'utérus n'est que de 3 centimètres et demi.

La cavité utérine non dilatée paraît saine, celle du col est fongueuse et la dégénérescence de cet organe semble surtout se prolonger du côté droit, vers le ligament large correspondant.

Quant aux fibromes, ils forment au fond et sur la partie latérale gauche de l'utérus une masse lobée, du volume d'un gros œuf et offrant des bosselures irrégulières, sectionnées par places avec les ciseaux lors de l'opération.

L'examen micrographique fait par M. Pilliet, interne provisoire, a démontré qu'il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux à globes épidermiques peu nombreux.

Les masses épithéliales sont très abondantes et fusionnées au point qu'il n'existe pas à proprement parler d'alvéoles. Le tissu conjonctif qui les entoure, offre le type embryonnaire très vasculaire et s'étend fort loin du côté du tissu sain.

Les fibromes, offrent un revêtement séreux, au-dessous duquel on trouve un tissu conjonctif fibreux avec des cellules assez nombreuses

et des faisceaux disposés en tourbillons sans fibres musculaires lisses.

La malade revue le 14 octobre 1886, c'est-à-dire plus de trois mois après son opération, se porte très bien. L'embonpoint est assez accusé, étourdissements et bouffées de chaleur vers la tête et la face. Pas de règles depuis l'opération ; les désirs vénériens sont conservés et le coït non douloureux.

Au toucher, cicatrice froncée, située au fond du vagin et un peu en haut ; cette cicatrice est douloureuse au toucher vers sa partie latérale droite, où il y a une petite induration. Pas d'écoulement, ni d'ulcération visible au spéculum.

La malade se plaint de douleurs névralgiques dans le côté droit, vers la fosse iliaque correspondante. Il y a lieu de craindre un envahissement des ganglions de ce côté.

19 *novembre* 1886. L'état général est toujours excellent, mais la malade se plaint sans cesse de douleurs névralgiques à droite. Au toucher, la partie latérale droite du cul-de-sac formé par la cicatrice vaginale, est indurée et douloureuse ; de plus on y constate au spéculum l'existence d'une petite exulcération saignante fort suspecte. On la panse avec la poudre d'iodoforme.

Mlle N... est rentrée, le 29 novembre 1886, dans mon service de Bichat, se plaignant de douleurs vives en urinant et d'accès névralgiques surtout à droite, vers les lombes et la fosse iliaque.

L'examen au spéculum permet de constater une ulcération de la cicatrice vaginale à droite. De plus, la paroi vésico-vaginale est indurée et certainement dégénérée. L'état général est altéré et la malade a maigri.

Aujourd'hui (1er mars 1887), l'amaigrissement a fait de notables progrès, les douleurs sont toujours vives, malgré les injections de morphine ; enfin, il y a eu à plusieurs reprises des hémorrhagies assez abondantes durant peu et venant de l'ulcération située à droite de la cicatrice. Toute la paroi vésico-vaginale est indurée et envoie de dégénération épithéliale. Les mictions sont toujours pénibles, moins cependant qu'au moment de l'entrée à l'hôpital.

En résumé, chez une femme robuste, apparaissent des douleurs du côté des reins et de la fosse iliaque, douleurs vives, lancinantes et affectant la forme névralgique, peu après la malade est prise de métrorrhagies.

Le diagnostic s'impose au premier examen, et la dégénérescence du col atteint en arrière et à droite les limites du vagin.

Malgré ces conditions défavorables, on fait l'opération, rendue très difficile à cause du volume de l'utérus augmenté par des fibromes. Pour la première fois, j'appliquai sur les ligaments larges des pinces droites à mors plats que j'avais fait construire dans ce but par M. Mariaud.

L'hémostase fut parfaite et les suites de l'opération furent bonnes,

la malade se plaignit surtout de vomissements fréquents pendant quarante-huit heures.

Au 21e jour, Mlle N... peut se lever, et elle quitte le service le 30e jour.

Mais il restait des points noirs : les douleurs persistantes et lancinantes, et l'examen de la pièce anatomique qui indiquait qu'on était à droite, sur la limite des tissus dégénérés.

Ces prévisions se réalisèrent trop tôt, car au bout de quatre mois et demi la récidive locale du mal était indubitable.

Notons, en terminant, la différence du début de la dégénérescence chez cette femme et chez la précédente ; chez la première, les accidents primitifs ont été silencieux, et seule l'hémorrhagie a annoncé la maladie ; chez celle-ci au contraire, les douleurs ont été très vives et ont accompagné les hémorrhagies. Y avait-il déjà envahissement profond chez notre malade? Le fait est possible.

Je termine en donnant des renseignements sur les trois opérées dont j'ai déjà communiqué les observations à la Société :

Ma première malade, Mme M..., opérée le 5 juin 1885, était très bien portante le 31 janvier 1887, soit près de vingt mois après son opération [1].

La troisième malade, Mme R..., opérée le 16 novembre 1885 et revue le 12 mars puis le 18 mai 1886, allait très bien à cette époque. Depuis je n'ai pu la retrouver [2].

La quatrième, Mme C..., opérée le 30 mars 1886 [3], fut revue le 28 juin 1886 ; à cette date existait au fond du vagin une exulcération de la cicatrice, présentant en son milieu une double ligature de soie, venant des ligaments larges. A la fin de juillet 1886, l'ulcération n'existait plus, mais il y avait une induration suspecte en arrière de la cicatrice.

Actuellement (22 février 1887), cette dame est en traitement à l'hôpital de Luxeuil, ayant une fistule recto-vaginale due à la récidive de son épithélioma.

Discussion.

M. Bouilly. Je désire appeler l'attention sur un des côtés intéressants de la communication de M. Terrier ; je veux parler de l'importance qu'il y a à suivre les malades auxquelles on a enlevé l'utérus pour cancer. C'est là le seul moyen de juger de l'avenir de cette opération.

[1] *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, p. 433; 1885.
[2] *Ibid.*, p. 567; 1885.
[3] *Ibid.*, p. 467; 1886.

J'ai pratiqué déjà 12 hystérectomies vaginales, dont 11 pour cancer.

Je ne les publierai que lorsqu'un temps suffisant sera écoulé depuis l'opération, pour savoir quelle est la situation des malades.

Rapport.

Ostéomyélite chronique centrale suppurée diffuse du péroné. — Ablation de toute la diaphyse osseuse. — Régénération de l'os, par le Dr REYNIER.

Rapport par M. SCHWARTZ.

Messieurs, au nom d'une commission composée de MM. Polaillon, A. Monod et moi, je viens vous rendre compte du travail de M. le docteur Reynier.

Voici résumée l'observation intéressante de notre confrère : Un jeune homme de 16 ans, fit, il y a huit mois, une chute de sa hauteur; sa jambe fut prise sous lui et le traumatisme semble avoir été assez violent, puisque le soulier du pied droit, venant heurter la jambe gauche, déchira le pantalon et fit une plaie à la partie interne, sur le tiers moyen du tibia. Il put toutefois après sa chute se relever et marcher sans trop souffrir pendant tout le jour suivant. Ce n'est qu'au bout de huit à dix jours qu'il fut obligé de s'arrêter, à cause du gonflement et de l'endolorissement qui se manifestèrent au niveau de la cheville gauche; il se forma là un abcès qui fut ouvert sans avoir été accompagné d'ailleurs de grande réaction inflammatoire ni de fièvre. L'ouverture de l'abcès resta fistuleuse et donna issue à deux petits fragments osseux.

Il put se relever, mais n'a jamais pu travailler depuis ; la fistule ne s'est pas refermée, le péroné devint de plus en plus gonflé, et quand le malade entra à l'hôpital Saint-Louis, dans le service du docteur Reynier, huit mois après l'accident, voici ce qui fut constaté:

Gonflement fusiforme de la diaphyse du péroné par-dessus lequel la peau est tendue, mais ni rouge, ni œdématiée; les épiphyses paraissent normales; en bas persiste au-dessus de la malléole externe l'orifice fistuleux qui laisse écouler quelques gouttes de pus pendant la journée. La pression tout le long du péroné gonflé est douloureuse, surtout en haut. Le malade se plaint aussi de douleurs spontanées tout le long de l'os, aussi bien le jour que la nuit. Un peu d'atrophie des muscles de la jambe du côté antérieur. Le tibia est sain. Il n'y a pas de fièvre; l'état général du malade est mauvais, il est pâle, maigre.

M. Reynier, se basant sur le début insidieux et sans réaction inflammatoire très marquée de l'affection, sur l'absence de tout phénomène local en général pouvant faire songer à la tuberculose ou à la syphilis, porta le diagnostic d'ostéomyélite, mais sans y ajouter de qualificatif; toutefois pour éliminer la syphilis, il donna pendant quelque temps un traitement ioduré assez intense pour amener, à un moment donné de l'iodisme. L'absence de grande réaction inflammatoire au moment de la chute, la marche chronique dès le début de l'affection ne le portaient pas beaucoup à accepter l'idée d'une ostéomyélite prolongée, suite d'une ostéite post-épiphysaire primitive; il y avait cependant en faveur d'un pareil diagnostic le point de départ épiphysaire, l'âge du patient, et le renseignement que quelques petits fragments osseux avaient été éliminés par la fistule inférieure.

Quoi qu'il en soit, le mal ne se modifiant pas sous l'influence d'un traitement général par l'huile de foie de morue, M. Reynier songea à intervenir. Il avait le choix entre deux opérations, un évidement de toute la diaphyse osseuse, ou une résection sous-périostée de toute la portion malade.

Pour la résection, plaidaient l'intégrité apparente au moins des deux épiphyses inférieure et supérieure qui pouvait permettre de ne pas toucher aux articulations, l'âge du malade qui pouvait faire espérer une régénération osseuse, la déformation de l'os uniformément sur tous les points en longueur et en largeur, l'impossibilité de localiser exactement la lésion, la pensée de pouvoir faire une opération radicale chez un enfant déjà affaibli et d'amener sous le pansement antiseptique une guérison rapide. Malgré tout enfin, ce pouvait être une lésion tuberculeuse, et dans ce cas il serait plus prudent de tout enlever.

La résection fut donc décidée et pratiquée d'après le procédé indiqué par Ollier pour enlever tout l'os sans léser les branches nerveuses du sciatique poplité externe; deux incisions furent faites, l'une en avant le long du péroné, jusqu'au tiers supérieur de la jambe, l'autre en arrière, le long du bord externe du soléaire, jusqu'au-dessus de la tête du péroné qu'il eût été facile d'extirper, s'il y avait eu nécessité de le faire. Par ces deux incisions continuées à travers les interstices des muscles, on arriva jusqu'à l'os qui fut décollé de son périoste, une petite attelle de bois le soulevant; avec l'ostéotome on le sectionna au dessus du cartilage épiphysaire inférieur, et au-dessous du cartilage épiphysaire supérieur qui ont paru sains ou tout au moins peu altérés, et on enlève toute la diaphyse par l'incision inférieure.

Suture de lèvres des deux plaies, en laissant aux deux extrémités

passage pour un gros drain qui occupe tout le canal périosté. Pansement antiseptique avec gaze iodoformée, etc.

Nous insisterons sur l'examen de l'os que l'auteur a fait monter et dessiner d'après une coupe verticale.

Examen de l'os. — Il est rugueux sur toute sa surface, surtout à la partie supérieure; celle-ci est rouge lie de vin. En bas, on remarque deux petites ouvertures ne contenant pas de fongosités, mais une substance jaune verdâtre, épaisse, ne s'écoulant pas, et donnant l'idée de pus concret. L'ouverture inférieure, au voisinage du cartilage épiphysaire, est celle par laquelle le stylet pénétrait jusque dans l'intérieur de l'os.

A la partie moyenne se voit un orifice semblable pouvant laisser passer un stylet. A la partie supérieure, on trouve à trois centimètres de l'épiphyse une cavité contenant cette même matière jaune vert. Le périoste passait au-dessus de cette cavité, sans être soulevé par cette collection purulente.

Une coupe longitudinale montre que dans les couches superficielles l'os est éburné et présente toutes les lésions de l'ostéite condensante et hypertrophiante.

A la partie supérieure, là où l'os est le plus volumineux, on trouve autour du canal médullaire un peu de tissu spongieux friable, sur quelques points; une graisse jaune sur d'autres; la substance osseuse a la couleur de la lie de vin. Le canal médullaire, rétréci en certains points, principalement à la partie inférieure, est élargi en d'autres et communique avec de petites cavités contenant cette matière jaune, puriforme, signalée plus haut. Une de celles-ci, grosse comme une noisette, s'ouvre à l'extérieur sous le périoste. Tout le canal médullaire est rempli par une graisse jaune purulente, ne coulant pas à la coupe; aucune fongosité nulle part.

Ces lésions répondaient à une ostéomyélite centrale suppurée avec ostéite condensante autour du canal médullaire.

Ce fut d'ailleurs le jugement porté sur la pièce par M. Darier, préparateur du professeur Fournier, après examen histologique. Il rechercha dans le pus le bacille de la tuberculose inutilement. Les suites de l'opération furent bénignes quoiqu'il y eût un peu de désunion à la partie inférieure et une lymphangite provoquée par un érythème phéniqué. L'opéré était guéri complètement trois mois après l'opération.

On lui mit, lorsqu'il commença à se lever, un appareil silicaté pour empêcher la production d'un pied bot valgus par absence du soutien péronéal et le malade pût partir pour Vincennes.

Depuis, tout a bien marché et l'on se propose de faire porter à X... un appareil à tuteurs. Tout récemment, lorsque vous l'avez vu,

présenté par M. Reynier, vous avez pu constater comme moi que le péroné était en grande partie régénéré, en bas et en haut, qu'il n'existait environ qu'un intervalle de 4 centimètres entre les deux pointes osseuses qui paraissaient se rechercher l'une l'autre. Il n'y a aucune déviation du pied sur lequel le malade peut s'appuyer et se sent fort. Tout fait espérer que la régénération osseuse sera complète dans quelque temps.

L'état général est bien remonté, et, au point de vue local, le succès est complet.

Telle est succinctement résumée l'observation du docteur Reynier.

Comme notre confrère, je désire insister sur les deux points essentiels qu'elle peut présenter : 1° la question du diagnostic ; 2° celle de l'intervention.

A quelle affection a-t-on affaire ? Cela a un peu embarrassé M. Reynier, et nous le comprenons.

Le diagnostic pourrait hésiter entre une affection osseuse d'origine tuberculeuse ou de croissance, la syphilis ayant été mise de côté par un traitement approprié suffisamment intense. Contre la tuberculose, il y avait l'absence d'antécédents, l'absence de tout commémoratif de scrofulose dans l'enfance ; l'orifice fistuleux n'était pas injecté, fongueux, décollé et l'on n'aurait pas compris qu'avec une lésion tuberculeuse aussi étendue, d'autres fistules ne se fussent pas ouvertes plus haut. Pour toutes ces raisons, notre confrère abandonne l'idée de tuberculose, tout en laissant persister un doute, puisque, au point de vue opératoire, il discute encore sa possibilité.

L'ostéite de croissance justa-épiphysère était plus admissible et l'on voit d'après la communication du Dr Reynier qu'il a eu quelque mal à l'abandonner ; s'il a fait ce diagnostic, c'est à cause de l'invasion consécutive à début insidieuse et sans grande réaction inflammatoire. Eh bien ! malgré ces écarts dans les formes ordinaires, c'est encore elle qui rend le mieux compte des phénomènes observés ; il semble qu'il y ait eu une ostéomyélite sous l'influence d'un traumatisme au voisinage d'une épiphyse; cette ostéomyélite n'a pas évolué d'une façon aiguë, violente, mais, néanmoins, elle a été assez intense pour amener l'expulsion consécutive de petits séquestres. Le malade ne se soignant pas, continuant à marcher, l'inflammation a gagné tout l'os et le canal médullaire en particulier et a donné lieu à une ostéite *totius substantiæ* aussi bien médullite qu'ostéite et dont témoignent les lésions que nous avons précédemment décrites. Certainement cette forme diffuse de l'ostéomyélite chronique est exceptionnelle; presque toujours elle aboutit à des nécroses et ne se borne pas à la suppuration; cependant dans le cas actuel c'est ce qui a eu

lieu, et nous ne croyons pas qu'il faille la distraire pour cela des ostéomyélites prolongées si bien étudiées déjà. En résumé, au point de vue pathogénique, il nous paraît admissible que M. Reynier a eu affaire à une inflammation justa-épiphysaire subaiguë, comme celles qu'ont déjà décrites les professeurs Gosselin et Trélat ; elle s'est produite sous l'influence de conditions mauvaises. La question de l'intervention n'a pas beaucoup arrêté notre confrère, il s'est vite, et je crois avec raison, décidé pour la résection totale diaphysaire, se basant sur les considérations que nous avons déjà énoncées. Il y avait lieu cependant de discuter un peu plus la possibilité d'un évidement simple de la diaphyse de l'os, opération qui à notre avis eût été tout à fait indiquée pour tout autre cas que pour le péroné, dans les circonstances susdites.

Grâce au pansement à l'iodoforme, l'ouverture large des os est devenue inoffensive et l'on ne prive pas de son squelette une partie qui peut en avoir besoin, car la régénération osseuse qui est heureusement survenue chez l'opéré de M. Reynier, n'a pas toujours lieu avec un égal bonheur. Nous ne voulons pas entrer plus à fond dans cette discussion si importante entre la résection et l'évidement et, pour terminer, nous vous demandons, messieurs, d'adresser nos remerciements à notre confrère, pour cette observation et le bon résultat qui l'a couronnée et comme elle est contenue presque en entier dans mon rapport, et de déposer son travail dans nos archives.

Communication.

Rétroflexion de l'utérus à angle aigu; douleurs continuelles. — Opération d'Alexander. — Guérison, par le Dr BOUILLY.

Mme X..., âgée de 31 ans, mère de six enfants, entre à la Maternité le 15 avril 1886, se plaignant de douleurs continuelles dans le ventre. La dernière grossesse remonte à un an, et s'est terminée par une fausse couche à sept mois; les règles sont régulières, très abondantes, très douloureuses. Mais le symptôme principal accusé par la malade consiste dans des douleurs persistantes siégeant dans la partie inférieure de l'abdomen, iradiées à la région lombaire et surtout à l'aine gauche.

Ces douleurs retentissent également du côté de l'anus et sont très exagérées au moment de la défécation. Elles acquièrent leur maximum d'intensité par la marche et la station debout; quand celle-ci est prolongée, la douleur abdominale devient tellement violente avec ses diverses irradiations que la malade est obligée de s'asseoir, sans quoi elle serait prise de nausées et de syncope.

Cette femme, résolue, courageuse, employée dans un magasin, a été obligée de quitter ses occupations à cause de ses douleurs; elle n'est que modérément soulagée par le repos au lit; car, dans le décubitus, elle éprouve une sensation de pression pénible sur le fondement.

L'examen révèle : 1° une ecchymose ancienne de la fourchette; 2° un petit polype de l'urèthre, dont la présence explique quelques troubles de la miction survenus dans ces derniers temps; 3° un abaissement du col utérin, dont la lèvre antérieure est petite et comme effacée, et la lèvre postérieure volumineuse et congestionnée, avec un orifice peu entr'ouvert, un très léger degré de catarrhe utérin; 4° une flexion du corps sur le col à angle aigu. Tout le cul-de-sac de Douglas est rempli et déprimé par le corps utérin, qu'il est très facile d'apprécier soit par le toucher vaginal, soit par le toucher rectal.

Avec deux doigts introduits dans le vagin, la femme mise dans la position quasi-pectorale, il est facile de redresser l'utérus sans effort et de corriger la flexion. Cette correction est maintenue à l'aide d'un tampon d'ouate appliqué profondément dans le cul-de-sac postérieur à l'aide du spéculum de Sirus. Le redressement de l'utérus est suivi d'un soulagement immédiat; tant que le tampon est bien maintenu en place, la femme peut marcher, descendre les escaliers, sans ressentir aucune de ses douleurs habituelles dans le bas-ventre, l'abdomen, l'aine gauche.

Cette expérience est répétée à plusieurs reprises pendant tout un mois, de manière à bien me convaincre que les diverses douleurs sont sous la dépendance de la déviation utérine. Elle donne toujours les mêmes résultats : soulagement constant des douleurs quand la correction est bonne; reproduction des mêmes douleurs dès que la déviation se reproduit.

A plusieurs reprises également, je tente de maintenir cette correction à l'aide de pessaires de différents modèles : le pessaire anneau Dumontpallier, le pessaire de Hodge sont successivement employés. Ces instruments ne maintiennent pas la déviation réduite; leur présence, en outre, détermine des douleurs, si le pessaire est grand et tient en place, et le pessaire est expulsé à l'extérieur, s'il est d'un moindre volume. L'agrandissement de l'anneau vulvaire, par une rupture ancienne, constitue du reste une mauvaise condition pour le port d'un de ces instruments. En outre, l'excavation sacrée est très profonde, l'espace de Douglas a été agrandi par la présence du corps utérin en ce point, et il est difficile d'y maintenir un pessaire. Enfin, la douleur est encore expliquée par une condition dont je me rends compte à un des examens, à savoir : la présence de l'ovaire gauche protubé dans le cul-de-sac postérieur et très douloureuse à la première.

Avant toutes ces manœuvres du côté de l'utérus, le petit polype de l'urèthre avait été excisé le 29 avril à l'aide du thermocautère. Ce n'est qu'après ces tentatives préliminaires prolongées pendant un mois, du 15 avril au 15 mai, après la conviction obtenue que toutes les douleurs sont liées à la rétroflexion et soulagées par la correction de la déviation,

que cette correction ne peut être donnée par un pessaire pour les raisons que j'ai dites : ampleur successive du bassin, mobilité externe de l'utérus, déchirure de la fourchette, prolapsus de l'ovaire, que je me décide à pratiquer le raccourcissement et la fixation des ligaments ronds.

L'opération est pratiquée le 18 mai 1886 avec l'aide de Mme Henry, sage-femme en chef, de MM. Resmod et Roulland, internes de service.

La région pubienne, rasée et lavée, l'incision est pratiquée à gauche dans l'étendue de 6 centimètres au niveau de l'épine du pubis : l'incision doit avoir une étendue assez considérable à cause de l'abondance de la graine de la paroi abdominale. L'orifice externe du trajet inguinal est mis facilement à découvert; la branche du nerf génito-crural qui sort du trajet est isolée sur la sonde cannelée et réséquée dans l'étendue de 2 centimètres. On voit alors un paquet rougeâtre, qui sort du trajet inguinal. Les fibres intercolumnaires sont incisées à petits coups de ciseaux dans l'étendue d'environ 1 centimètre et demi pour pénétrer dans le trajet; tout le paquet rougeâtre qui en sort est chargé sur une aiguille de Deschamps, attiré légèrement à l'extérieur et dissocié à l'aide de la sonde cannelée. En tirant et en dissociant, on arrive au bout de quelques instants à trouver un cordon rougeâtre, violacé, environ du volume d'une plume de corbeau. Ce cordon est isolé et attiré à l'extérieur; en même temps qu'à coups de ciseaux on le libère de ses adhérences au trajet inguinal. Il est alors facile de l'amener au dehors : par une faible traction, on attire le cordon qui augmente rapidement de volume, de manière à atteindre environ les dimensions d'un petit porte-plume. Je l'attire dans l'étendue d'environ 6 à 7 centimètres sans aucune difficulté ni sensation de résistance.

Toute cette partie de l'opération se fait sans qu'il soit nécessaire de placer aucune pince hémostatique.

La même opération est pratiquée immédiatement sur le côté droit; mais, malgré des recherches assez prolongées, malgré un débordement de 2 centimètres environ sur la paroi antérieure du trajet inguinal, il m'est impossible de découvrir le ligament rond de ce côté. Sa recherche est abandonnée au bout de quelques instants.

De ce côté, deux petits vaisseaux ouverts ont nécessité l'application de pinces à forcipressure.

La deuxième partie de l'opération consiste dans la réduction de l'utérus rétrofléchi et la fixation du ligament rond.

La main d'un aide introduite entière dans le vagin — manœuvre rendue facile par l'ancienne déchirure de la fourchette — réduit la flexion et repousse fortement le corps de l'utérus en avant. On constate par la palpation hypogastrique que le fond de l'utérus est revenu en avant et peut être senti au-dessus du pubis.

Le ligament rond, tiré au dehors d'environ 6 à 7 centimètres, est fixé aux piliers interne et externe à l'aide de deux fils de catgut n° 1, modérément serrés : le premier fil est introduit de haut en bas, et de dedans en dehors, à travers le pilier interne, le ligament rond et le

pilier externe. Le deuxième fil est introduit de haut en bas, et de dehors en dedans, à travers le pilier externe, le ligament rond et le pilier interne. Un autre fil de catgut est mis au niveau de l'entrecroisement supérieur des piliers pour les rapprocher. Le ligament rond, amené à l'extérieur, est replié sur lui-même, pelotonné dans l'angle inférieur de l'orifice du trajet inguinal et fixé en ce point à l'aide d'un fil de catgut qui le traverse, ainsi que la partie inférieure de l'orifice.

La main de l'aide est maintenue dans le vagin jusqu'à la fin de la fixation du ligament, et un tampon de gaze iodoformée est ensuite poussé dans le cul-de-sac vaginal postérieur derrière le corps utérin.

Suture des lèvres de la plaie avec du catgut.

Du côté droit où il n'y a pas de ligament rond à suturer, la paroi antérieure du trajet incisé est reconstituée à l'aide de trois points de suture au catgut.

Lavage à la solution phéniquée forte; pansement avec gaze iodoformée; tube n'allant pas jusqu'au trajet inguinal; compression avec éponge et sacs de cellulose au sublimé.

Les suites immédiates de cette opération ne furent pas simples; la première journée fut troublée par des vomissements chloroformiques répétés, et la température s'éleva dès le premier soir à 39°,5, pour persister le lendemain à la même hauteur.

20 *mai*. Le ventre et la région du périné sont indolores; mais la fièvre est toujours considérable, et la malade se plaint d'une vive douleur au niveau des fausses côtes droites remontant jusque sous le sein droit. Cette douleur est exagérée par la pression et les mouvements respiratoires.

Jusqu'au 30 *mai*, la fièvre reste élevée, oscillant entre 39 et 40°. Le 23, on constate au-dessous du sein droit et au niveau des fausses côtes, dans la région douloureuse, un état œdémateux du tissu sous-cutané et une rougeur légère, diffuse de la peau, dans une étendue de la paume de la main. A première vue, on pourrait croire à une plaque d'érysipèle; il n'y a d'engorgement ganglionnaire ni dans l'aine, ni dans l'aisselle. Il ne me paraît pas douteux qu'il se fait un phlegmon de la région.

Le même jour, le pansement est renouvelé; les plaies sont réunies; les drains sont retirés (deuxième pansement).

Le tampon vaginal est changé; il n'a aucune odeur. La réduction s'est très bien maintenue; le col est élevé et regarde en arrière; le corps est en antéversion.

Dans les derniers jours de mai, la menace de phlegmon thoracique est dissipée, et la température revient à la normale. Mais les plaies opératoires des régions inguinales se sont mises à suppurer, et il est nécessaire d'y remettre un drain et d'y faire des injections phéniquées faibles.

7 *juin*. Depuis quatre jours, la température est remontée et l'état générale est mauvais; il y a eu des frissons et des vomissements. Le phlegmon de la paroi thoraco-abdominale droite semble être la cause de tous ces accidents. On sent au-dessous des fausses côtes droites

une tuméfaction de la grosseur du poing, avec léger œdème de la paroi et fluctuation profonde. Il n'est pas douteux qu'il y ait du pus dans cette région, et qu'il s'agisse d'une lymphangite profonde ayant pour point de départ la plaie d'opération du côté droit. Il y a toujours eu de ce point à la collection actuelle et à l'induration préexistante un trajet douloureux. La collection me paraît être dans le tissu cellulaire sous-musculaire.

Ce même jour, 7 juin, la malade est endormie, et cet abcès est largement ouvert, vidé, puis pansé avec la gaze iodoformée. A partir de ce moment, tous les accidents furent terminés.

Le 25 juin, la plaie d'incision de l'abcès est fermée sans qu'il se soit reformé de pus. Les plaies opératoires inguinales sont fermées à droite et suppurent encore un peu à gauche.

La malade se lève le 20 juin et descend au jardin le 23. L'état général est redevenu rapidement très bon.

Le résultat thérapeutique est tout à fait obtenu ; la malade est complètement délivrée des douleurs incessantes qu'elle éprouvait dans le ventre et dans l'aine gauche, pendant la marche et la station debout, et de la gêne douloureuse qu'elle éprouvait pendant la défécation. Elle n'éprouve plus absolument rien qui ressemble aux souffrances qu'elle endurait avant l'intervention.

La correction du déplacement utérin reste parfaite; l'utérus est en bonne situation et par le toucher vaginal et rectal il est impossible de de sentir en arrière le corps de l'utérus. Celui-ci paraît même dans une légère antéversion. En outre, l'ovaire gauche ne peut plus être senti dans le cul-de-sac latéral gauche; il a été enlevé en même temps que l'utérus.

Tout le temps que la malade a été gardée au lit, c'est-à-dire un mois, la correction utérine à été maintenue avec des tampons de coton ou de gaze iodoformée introduit profondément dans le cul-de-sac postérieur. A plusieur reprises, j'ai tenté d'appliquer un pessaire de Hodge ou de Dumontpallier, pour favoriser l'effet du raccourcissement des ligaments ronds. La malade ne peut tolérer ces instruments : grands et suffisants ils provoquent des douleurs; petits, ils sont expulsés à l'extérieur et ne maintiennent rien.

Quand la femme quitte l'hôpital, le 2 juillet, elle est sans tampon depuis douze jours et la correction reste obtenue. Il n'y a plus ni gêne ni douleur, et cette malade est tout heureuse de ne plus sentir son ventre.

Elle est revue le 4 août, un mois après sa sortie, dans le courant d'octobre, et enfin tout dernièrement le 15 février 1887.

Elle se trouve absolument débarrassée des douleurs qu'elle éprouvait avant l'intervention, et les règles sont beaucoup moins abondantes et se produisent sans douleurs. La correction de la déviation utérine est très bonne. Je dois dire cependant, qu'à mon dernier examen (15 février 1887) l'utérus n'était plus en antéversion comme on l'avait constaté dans les examens précédents, mais je note expressément qu'il

n'avait aucune tendance à se remettre en rétroflexion, et que l'ovaire gauche reste toujours inaccessible.

2 *mars*. Cette femme revient me voir m'amenant une voisine malade. Hier, elle a pu faire 10 kilomètres à pied en suivant un enterrement, sans fatigue ni douleur, alors qu'avant son opération elle était incapable de faire 500 mètres.

Le résultat est donc aussi satisfaisant que possible.

Je veux faire remarquer à la suite de cette observation :

1° Que la correction a pu être obtenue par le raccourcissement d'un seul ligament rond ;

2° Que les accidents fébriles qu'on pouvait invoquer contre l'intervention ne doivent être attribués qu'à une antisepsie insuffisante dans un service où le personnel et le matériel laissaient beaucoup à désirer au moment où j'en ai pris posession et à l'époque où j'ai fait cette opération.

Discussion.

M. Pozzi. Je demanderai à M. Bouilly, pourquoi, dans son opéra tion, il a fait opérer la réduction de l'utérus par la main d'un aide introduite dans le vagin, au lieu de se servir d'un appareil spécial qui, introduit dans la cavité utérine, redresse l'angle formé par cet organe en rétroflexion.

Je lui demanderai, aussi, pourquoi au lieu de couper l'extrémité du ligament rond, après avoir tiré sur lui, il s'est contenté de pelotonner cette extrémité et de la fixer dans la plaie.

M. Bouilly. Je ne dis pas que je n'emploierai pas le redresseur, mais, en principe, je préfère les manœuvres extérieures à l'utérus, aux manœuvres internes que je considère comme assez dangereuses.

Enfin, j'ai employé la main dans l'opération que je viens de décrire, car la déchirure de la fourchette qui existait chez cette femme, permettait l'introduction facile de la main d'un aide, à une grande profondeur.

M. Pozzi persiste à penser que la manœuvre est plus facile avec le redresseur, d'autant plus, qu'on peut saisir le col avec une pince et maintenir ainsi l'utérus fixé pendant le redressement.

M. Kirmisson. M. Bouilly me permettra de lui demander s'il n'a pas vu d'inconvénient, par exemple une éventration consécutive, après la recherche infructueuse et la fermeture de la plaie qu'il avait pratiquée à droite.

M. Bouilly. Je n'ai vu aucun accident ni inconvénient ; il existe une dépression cicatricielle mais sans désordre apparent.

Communication.

M. Quenu lit uno observation intitulée : *Luxation ancienne de la hanche; résection de la tête du fémur;* guérison.

Ce travail est renvoyé à une commission (M. Bouilly, rapporteur).

Communication.

M. Nimier lit un mémoire sur un ensemble de : 109 *traumatismes de l'abdomen observés au Tonkin.*

Ce travail est renvoyé à une commission (M. Chauvel, rapporteur).

Présentation de pièces.

M. Monod. Je présente une pièce offrant un exemple très net de la torsion du pédicule d'un kysto de l'ovaire. Elle confirmo les remarques faites à ce sujet par M. Terrillon. (*Congrès de chirurgie* 1886).

La torsion était d'un seul tour, do gauche à droite, sur un pédicule court et épais.

Elle produisit :

1° Une altération de la poche kystique qui était verdâtre, couleur feuille morte, et adhérait à la paroi abdominale par des adhérences rougeâtres et molles ;

2° Un épanchement sanguin abondant dans le kyste ;

3° Au moment de sa production ou plutôt de l'étranglement du pédicule, la malade avait éprouvé des douleurs violentes dans l'abdomen avec accidents péritonéaux manifestes. (Six semaines avant l'opération.)

Ces douleurs s'étaient atténuées depuis, mais persistaient encore et avaient beaucoup affaibli la malade.

L'opération n'a eu aucune suite fâcheuse; la malade est aujourd'hui, au bout de huit jours, en pleine voie de guérison.

M. le Président annonce qu'une place de membre titulaire est déclarée vacante :

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,

Terrillon.

Séance du 9 mars 1887.

Présidence de M. LANNELONGUE.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° M. le ministre de l'Instruction publique informe la Société que le vingt-cinquième congrès des sociétés savantes s'ouvrira à la Sorbonne, le 31 mai prochain, à midi et demi ; il adresse en même temps le programme des sujets plus spécialement signalés à l'attention de la réunion ;

3° Les articles ENTÉRECTOMIE et ENTÉROTOMIE, extraits du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, par M. le Dr L.-H. PETIT ;

4° *Extirpation des deux ovaires et des trompes, dans un cas d'ovarite chronique avec phénomènes hystériques*, par le Dr F. FRAIPONT, assistant à l'Université de Liège ;

5° *Quatre nouvelles ovariotomies et deux hystérectomies, l'une abdominale, l'autre totale vaginale, suivie, de guérison*, par le Dr PAQUET (de Lille), membre correspondant ;

6° *Kyste sanguin uniloculaire du cou ; ablation incomplète ; blessure de la jugulaire interne ; forcipressure ; récidive ; kyste sanguin multiloculaire*, par le Dr L. THOMAS (de Tours), membre correspondant (suit le travail) ;

7° Des lettres de candidatures de MM. QUENU, REYNIER et A. NÉLATON, à la place de titulaire déclarée vacante ;

8° *Note sur un cas de taille hypogastrique*, par le Dr J. CAST (de Vassy).

Communication.

Kyste sanguin uniloculaire du cou. — Ablation incomplète. — Blessure de la jugulaire interne. — Forcipressure. — Récidive. — Kyste sanguin multiloculaire,

Par Louis THOMAS, professeur de Clinique chirurgicale à l'École de médecine de Tours.

L'obscurité qui entoure encore la pathogénie des kystes multiloculaires du cou m'engage à communiquer à la Société de chirurgie l'observation suivante que je juge digne d'intérêt à plus d'un titre:

La nommée L..., âgée de 58 ans, entre pour la troisième fois, le 2 décembre 1886, dans mon service, afin d'y être traitée d'une tumeur de la partie inférieure et latérale droite du cou.

Cette femme, robuste campagnarde, jouissant d'une santé excellente, s'est aperçue, il y a seulement cinq ans, de la présence, sur la partie inférieure et latérale droite du cou, d'une tumeur absolument indolente et présentant alors le volume d'une noisette. Elle attribue son développement à un coup qu'elle aurait reçu il y a dix ans (cinq ans avant l'apparition de la tumeur) au voisinage de la clavicule, et son accroissement plus rapide, à une contusion violente de la nuque dont elle aurait été atteinte dans une chute de voiture au mois d'avril 1885. Mais, dans cette chute, la région qu'occupe la tumeur n'a été le siège d'aucune violence. De plus la malade ne saurait affirmer si le premier traumatisme, remontant à dix ans, a exercé son action au-dessus ou au-dessous de la clavicule, sur les côtes ou sur le sternum. L'opinion de la malade, relative à l'influence qu'auraient exercée les traumatismes sur le développement d'abord, et ensuite sur l'évolution de sa tumeur, manque donc absolument de vraisemblance.

Cette tumeur fut traitée d'abord par des applications de teinture d'iode. Malgré ce traitement, elle augmenta graduellement de volume, et au mois de juin 1885, époque à laquelle la malade est entrée pour la première fois dans mon service, elle avait atteint le volume d'un petit œuf. Elle était située sur la partie inférieure et latérale du cou, en partie recouverte par le sterno-mastoïdien, et descendait jusqu'à la clavicule. Son grand axe était dirigé obliquement en haut et en dehors, suivant le trajet des vaisseaux. Elle était d'une consistance ferme, élastique, un peu bosselée, bien limitée, sans adhérences à la peau, et jouissait d'une mobilité assez étendue, lorsqu'on avait préalablement relâché le muscle sterno-mastoïdien. Elle était absolument indolente, soit spontanément, soit à la pression, et ne présentait ni battements ni mouvements d'expansion.

La malade venait réclamer nos soins, parce que depuis quelques mois elle éprouvait de temps en temps de l'enrouement, au point même de ne pouvoir parler qu'à voix basse, de la dysphagie et des douleurs

assez vives dans l'épaule et le bras, du côté correspondant. Elle rapportait ces accidents à la présence de sa tumeur, dont elle demandait instamment à être débarrassée.

L'ablation de cette tumeur, que je considérai comme d'origine ganglionnaire, fut résolue, et le 16 juin 1885, je procédai à l'opération.

Une incision, s'étendant de la clavicule au bord supérieur du cartilage thyroïde, fut pratiquée sur le bord interne du sterno-mastoïdien. Ce muscle, mis à nu, son faisceau interne fut divisé transversalement à trois ou quatre centimètres au-dessus de la clavicule, pour découvrir complètement la tumeur. Je procédai alors à sa dissection ; mais, lorsque j'en eus isolé la face antérieure, sa paroi, dans laquelle j'avais fixé des pinces à griffes pour l'attirer et découvrir ses faces latérales, se déchira et il s'écoula par l'ouverture un liquide brunâtre, hématique. Cet écoulement fut suivi de l'affaissement complet de la tumeur. Je me trouvais en présence d'un kyste sanguin uniloculaire. Soulevant alors la paroi avec des pinces, j'introduisis dans l'ouverture accidentelle une branche de ciseaux et j'ouvris la cavité dans toute son étendue suivant son grand axe. Sa face interne était lisse, d'aspect séreux. La cavité était incomplètement cloisonnée et présentait une disposition aréolaire, offrant des diverticules dans lesquels on pouvait introduire l'extrémité du petit doigt. La paroi, assez mince au niveau des bosselures, c'est en un de ces points qu'elle s'était déchirée, présentait partout ailleurs, et surtout à sa face profonde, une épaisseur et une résistance assez grandes. Je pus m'assurer alors que profondément elle adhérait intimement à la veine jugulaire interne et que toute dissection serait impossible à ce niveau.

La tumeur se prolongeant inférieurement jusque derrière la clavicule, il ne pouvait être question de réséquer la veine entre deux ligatures pour faire une ablation complète de la paroi kystique. Je me décidai donc à exciser seulement toute la portion du kyste qui n'adhérait pas à la paroi veineuse. Mais, dans ce temps de l'opération, la veine, qui était affaissée par le fait des tractions exercées sur la poche, fut intéressée, d'un coup de ciseaux, sur sa partie latérale externe. Je me rendis maître de l'hémorrhagie d'abord par la compression exercée avec des éponges au-dessus et au-dessous de la plaie, puis par l'application de deux pinces à forcipressure sur les lèvres de celle-ci. Je fis à plusieurs reprises des tentatives pour jeter sur la veine une ligature latérale; mais la paroi du kyste, qui doublait à ce niveau la paroi veineuse, était comme cartilagineuse et présentait une si grande résistance qu'il me fut impossible de l'étreindre solidement dans une anse de fil. De guerre lasse, je me décidai à laisser en place les pinces à forcipressure. La paroi du kyste abandonnée dans la plaie, si on en excepte la portion comprise entre les mors des pinces, présentait à peu près une étendue de deux centimètres carrés. Je la saupoudrai avec de l'iodoforme, entourai les pinces avec de la gaze iodoformée, et la malade reportée dans son lit, fut invitée à garder l'immobilité pour ne pas déplacer les pinces. Je résolus de les laisser en place et d'attendre qu'elles se détachassent d'elles-mêmes dans le but d'obtenir la morti-

fication de la portion de paroi comprise entre leurs mors, de provoquer l'inflammation et le bourgeonnement des parties voisines. Elles se détachèrent le neuvième jour, et vers la fin de juillet la malade quittait l'hôpital, sa plaie cicatrisée.

L'examen microscopique de la portion excisée du kyste ne put malheureusement être pratiquée, la pièce ayant été égarée dans le cours de l'opération.

Je croyais à une guérison définitive. Je ne pouvais en effet admettre que la très minime portion du kyste abandonnée dans la plaie pût être le point de départ d'une récidive. J'étais dans une erreur complète. Au mois de février 1886, sept mois plus tard, la malade rentrait dans mon service, portant, de chaque côté de la cicatrice linéaire déprimée résultant de l'opération, deux tumeurs, ayant chacune presque le volume d'un œuf, oblongues, à grand axe dirigé obliquement en haut et en dehors, fluctuantes, absolument indolentes et tout à fait indépendantes l'une de l'autre. Ces tumeurs avaient commencé à paraître quinze jours après la sortie de l'hôpital. Une ponction exploratrice pratiquée sur l'une d'elles fournit un liquide hématique, d'un brun foncé, ayant presque l'apparence du sang veineux et en tout semblable à celui qui s'était écoulé lors de la première opération. Le lendemain, la tumeur ponctionnée avait repris son volume primitif. Renonçant à tenter de nouveau l'ablation de la tumeur, que ses rapports connus avec la veine jugulaire interne rendaient inexécutable, j'eus l'idée de traverser l'une des tumeurs par un séton filiforme, afin de provoquer une inflammation adhésive de ses parois. Mais il se fit par les orifices du séton un écoulement sanguin continu et si abondant que je fus forcé, au bout de deux jours, de supprimer le séton. En présence d'une communication ainsi nettement indiquée entre le système vasculaire et la cavité kystique, je ne jugeai pas prudent de recourir à la méthode des injections irritantes.

Malgré la reproduction du kyste et son volume plus considérable qu'au moment de l'opération, que j'avais pratiquée au mois de juin, la malade avait néanmoins retiré de celle-ci un bénéfice réel. L'enrouement, la dysphagie, les douleurs de l'épaule et du bras avaient disparu, et la malade avait pu reprendre ses occupations. La tumeur, en se développant librement du côté des téguments, n'étant plus bridée par le muscle sterno-mastoïdien et l'aponévrose cervicale, ne comprimait plus les troncs nerveux, et les troubles résultant de cette compression avaient cessé d'exister. Il me fut donc facile d'exhorter la malade à la patience et de l'engager à rentrer chez elle.

. Elle rentre dans mon service le 2 décembre 1886, son état général est satisfaisant. Elle peut, librement et sans souffrance, vaquer aux travaux pénibles des champs, mais sa tumeur a presque doublé de volume. Elle est bosselée, mamelonnée, divisée en deux lobes principaux par la cicatrice opératoire ; chacun de ces lobes est subdivisé en plusieurs saillies arrondies, fluctuantes et indépendantes les unes des autres. Quelques-unes, au niveau desquelles la peau est très amincie, présentent une teinte bleuâtre. Sur l'une d'elles, ayant à peine le vo-

lume d'un haricot, on trouve une cicatrice déprimée. Cette poche, qui était précédemment beaucoup plus volumineuse, s'est ouverte spontanément au mois d'août dernier, par un très petit orifice, à travers lequel a eu lieu un écoulement sanguin continu qui a duré plus d'une semaine. La poche s'est affaissée, l'orifice s'est fermé, et depuis lors elle n'a pas augmenté de volume.

La tumeur descend actuellement au-devant de la clavicule et s'étend en haut jusqu'au bord supérieur du cartilage thyroïde. Latéralement elle dépasse en arrière le bord postérieur du sterno-mastoïdien au-devant duquel elle passe, et déborde en avant la ligne médiane pour atteindre en bas l'articulation sterno-claviculaire du côté opposé. Elle est, comme antérieurement, absolument indolente.

Je pratique une ponction sur l'une des loges les plus volumineuses de la partie externe de la tumeur, et je retire près de 60 grammes de liquide sanguin. La cavité ponctionnée s'affaisse, mais le lendemain elle a presque recouvré son volume primitif.

Deux jours après, je pratique une nouvelle ponction sur une loge de la partie interne de la tumeur, et j'obtiens le même résultat : même liquide, même affaissement immédiat de la cavité ponctionnée, même reproduction du liquide à la visite du lendemain. L'orifice de ponction continue à fournir pendant quelques jours un écoulement continu de sang veineux.

Je jugeai prudent, dans ces conditions et pour les raisons que j'ai indiquées déjà, de ne rien entreprendre.

Le 12 février dernier, j'ai eu l'occasion de revoir cette malade. Depuis sa sortie de l'hôpital, la tumeur n'a pas augmenté de volume. Quelques jours après être rentrée chez elle, l'orifice de la dernière ponction s'est ouvert et a donné lieu à un écoulement sanguin, qui s'est reproduit à diverses reprises et avec une abondance inquiétante. Par des applications de perchlorure de fer et la compression, on a pu s'en rendre maître, puis l'ouverture s'est peu à peu cicatrisée. L'état général est toujours aussi satisfaisant, et la malade n'éprouve que de la gêne de sa tumeur.

En résumé, il s'agit, dans cette observation, d'un kyste sanguin uniloculaire du cou, développé chez une femme de 53 ans. L'ablation de ce kyste, rendue incomplète par l'adhérence trop intime de sa paroi avec la veine jugulaire interne, a été, malgré la minime étendue de la portion de paroi abandonnée dans la plaie, suivie d'une prompte récidive, qui s'est produite sous forme d'un kyste sanguin multiloculaire.

Sous quelle influence s'est développé ce kyste ? Est-ce un kyste acquis ou un kyste congénital ? Disons d'abord que l'âge relativement avancé (53 ans) auquel ce kyste s'est montré ne saurait exclure l'idée d'une origine congénitale. On peut très bien admettre qu'une disposition congénitale ait existé jusqu'à cet âge sans manifester sa présence, qui n'a été révélée que par l'accroisse-

ment de volume de cavités préexistantes. Neumann et Baumgarten (cités par Lannelongue dans son traité des kystes congénitaux) n'ont-ils pas publié l'observation d'un kyste du cou dont l'origine congénitale ne peut être constatée, puisqu'il s'agit d'un kyste dermoïde, et qui n'était devenu appréciable qu'à l'âge de 57 ans?

Notre malade attribue l'apparition de sa tumeur à un traumatisme. Mais nous avons vu combien cette opinion manque de vraisemblance, et en admettant même que le traumatisme a eu une influence sur la marche et l'évolution du kyste, cette hypothèse ne saurait contredire son origine congénitale.

On admet généralement que les kystes acquis sont uniloculaires, tandis que les kystes multiloculaires sont, dans la très grande majorité des cas, quelques-uns disent toujours, congénitaux. Chez la malade qui fait le sujet de notre observation, le kyste primitif était uniloculaire, et après l'ablation incomplète la récidive a eu lieu sous forme d'un kyste multiloculaire. Il faut donc admettre avec Lannelongue que la distinction des kystes en uni- et multiloculaires, qui offre des avantages au point de vue de la clinique, n'a pas la même importance au point de vue anatomique, et que kystes uni- ou multiloculaires peuvent être de même nature.

Ce qui, à notre avis, démontre surtout l'origine congénitale du kyste dont nous avons rapporté l'observation, c'est la récidive qui a suivi l'abandon dans la plaie d'une petite portion de la paroi du kyste primitif. Les kystes congénitaux sont des tumeurs à accroissement indéfini. Leur accroissement n'a pas lieu par distension et par agrandissement des cavités kystiques. Il se fait surtout par la formation des cavités nouvelles. Chez notre malade, c'est dans la portion de paroi abandonnée dans la plaie que la récidive a pris naissance, peut-être par agrandissement des cavités existant dans l'épaisseur de cette paroi, mais certainement par la formation de cavités nouvelles aux dépens de celle-ci.

La situation sous-aponévrotique du kyste primitif, son adhésion intime avec la veine jugulaire interne, viennent encore plaider en faveur de l'origine congénitale, que, par toutes ces raisons, nous n'hésitons pas à admettre.

Deux opinions sont en présence pour expliquer le développement des kystes congénitaux multiloculaires: origine vasculaire suivant les uns, origine lymphatique suivant les autres.

Je n'ai pas la prétention de résoudre cette question difficile, mais il me semble que dans le fait que je viens de rapporter l'origine vasculaire est plus vraisemblable. Les relations du kyste avec le système vasculaire y sont nettement indiquées, et on ne peut guère invoquer l'usure des vaisseaux rampant à la surface des

parois des cavités kystiques pour expliquer le contenu sanguin de chacune d'elles et l'écoulement sanguin succédant à leur ouverture. Il ne saurait, en effet, s'agir d'une disposition accidentelle se reproduisant pour chaque cavité kystique, la réplétion de la cavité n'ayant pas lieu immédiatement après la ponction ; il faut toutefois reconnaître que la communication de chacune de ces cavités avec le système vasculaire ne se fait que par l'intermédiaire de vaisseaux de petit calibre.

Quoi qu'il en soit, dans ce cas particulier, aucun des moyens de traitement proposés pour obtenir la guérison des kystes multiloculaires ne trouve son indication. Il faut s'en tenir à l'expectation. Il est probable qu'ainsi qu'il est déjà arrivé, si la tumeur augmente de volume et si certaines loges prennent un accroissement excessif, la peau amincie par distensions viendra à céder, et la cavité kystique sous-jacente se videra par un orifice plus ou moins étroit, laissant à sa place une cicatrice déprimée, après un temps variable et un écoulement sanguin plus ou moins persistant et plus ou moins abondant.

Discussion.

M. Lannelongue. Il suffit d'avoir examiné la paroi de ces kystes avec soin pour se rendre compte de la facilité avec laquelle le moindre froissement peut produire des ruptures vasculaires, et par conséquent introduire du sang dans leur cavité.

Cette paroi est très riche en vaisseaux capillaires et veineux.

Dans le cas présent, la rupture vasculaire est d'autant plus explicable que déjà M. Thomas avait enlevé un morceau de la paroi et ouvert ainsi quelques vaisseaux.

Cette observation est intéressante, mais elle n'est pas unique et j'en connais plusieurs autres exemples.

Rapport.

Sur une restauration des deux tiers antérieurs de la voûte palatine et du nez, par le Dr Delorme, médecin-major de 1re classe, agrégé libre au Val-de-Grâce (Commission : MM. Bouilly, Marchand et Polaillon),

Rapport par M. Polaillon.

Dans une tentative de suicide, un soldat s'était tiré un coup de fusil. La balle fractura le maxillaire inférieur et emporta le nez et

toute la portion de la voûte palatine qui est en avant des deux dernières molaires de chaque côté. Les apophyses montantes des maxillaires supérieurs, les cartilages et les os propres du nez furent enlevés, ainsi qu'une grande étendue des parties molles de la lèvre supérieure.

Après la guérison de cette énorme plaie, on voyait, à la place de la bouche et du nez, un vaste hiatus, qu'il s'agissait de recouvrir en rétablissant un orifice buccal et un nez.

M. Delorme s'occupa d'abord de restaurer la voûte palatine et la lèvre supérieure. Il ne se proposa de refaire un nez qu'après avoir obtenu la restauration de la cavité buccale.

La première partie de ce plan opératoire comprit plusieurs opérations, dont je vais essayer de donner une idée.

En empruntant aux parties voisines deux grands lambeaux, M. Delorme reconstitua la lèvre supérieure. Cela fait, au lieu de la maintenir en avant par un appareil prothétique, et de constituer à l'aide de cet appareil une séparation entre la cavité buccale et la cavité nasale, il refoula la lèvre en arrière et sutura son bord supérieur avivé avec ce qui restait de la voûte palatine. Il en résulta que cette lèvre, soulevée par un appareil de prothèse dentaire, continuait la voûte palatine en avant.

Mais la lèvre supérieure ainsi soulevée laissait à découvert toute la partie antérieure du dentier. Il fallait donc lui donner plus de hauteur par une nouvelle opération. M. Delorme libéra alors son bord libre par une incision transversale et le ramena au contact de la lèvre inférieure. Puis il combla l'espace compris entre le bord libre de la lèvre supérieure et le bord antérieur de la voûte palatine avec des lambeaux pris sur les joues et les régions molaires. Ces lambeaux furent suturés par de très nombreux points de suture, et se réunirent par première intention.

Ce procédé original, qui est tout à fait personnel à M. Delorme, eut un plein succès, puisque l'orifice buccal fut parfaitement restauré, que la communication entre les fosses nasales et la bouche fut interrompue, et que l'opéré pouvait parler très facilement et mâcher les aliments les plus durs.

Une année environ après la restauration palatine et buccale, M. Delorme exécuta le second acte de la restauration faciale, à savoir la restauration du nez.

Pour obtenir un nez qui conservât sa forme, il était indispensable de relever les lambeaux qui serviraient à sa constitution par une pièce de soutien. Mais, en général, la pièce de soutien ulcère la muqueuse des fosses nasales, même après un contact peu prolongé, et occasionne des sécrétions fétides qui obligent à l'enlever. Notre confrère tourna la difficulté en logeant la pièce

de soutièn dans une cavité extérieure aux fosses nasales, ayant la forme du nez, et complètement tapissée par une surface épidermique.

Dans une première opération, il aviva les bords de la perte de substance nasale, et la recouvrit par deux lambeaux carrés, pris dans les régions jugo-malaires, et disposés de telle façon que leur surface cruentée contractât des adhérences avec le pourtour de l'orifice nasal. Il en résulta un voile épais dont la surface épidermique était tournée en dehors et qui obstruait l'orifice béant des fosses nasales, à l'exception d'un espace qui représentait l'orifice des narines. La pièce prothétique devait appuyer sur ce voile.

Dans une deuxième opération, M. Delorme forma sur la pièce prothétique une coque cutanée avec trois lambeaux, un frontal et deux géniens. La surface épidermique de ces lambeaux fut mise en contact avec la pièce de soutien; de telle sorte que celle-ci, complètement renfermée dans une cavité revêtue d'un épiderme, remplissait son office de rétablir la forme extérieure du nez, sans produire l'odeur repoussante de l'ozène.

Le déplacement de ces divers lambeaux avait laissé sur la face de larges surfaces bourgeonnantes. M. Delorme en obtint la cicatrisation en pratiquant des greffes dermo-épidermiques très rapprochées.

L'opéré de M. Delorme a été présenté à la Société. Vous avez pu constater que le résultat des autoplasties multiples qu'il avait subies était fort satisfaisant.

Rapport.

M. Polaillon fait un rapport verbal sur une observation de M. Colombes (de Lizieux). Il s'agit d'une tumeur vasculaire existant au niveau de la cicatrice ombilicale, qui fut guérie par la forcipressure.

L'origine de cette tumeur était inconnue, mais elle n'était pas congénitale. L'examen histologique n'a pas été fait.

Aussi, d'après les observations de M. Trélat, l'observation ne sera pas publiée, car elle est trop incomplète.

Communication.

Note sur l'hystérectomie vaginale,

Par L.-J. Richelot.

Messieurs, dans la dernière séance de la Société de chirurgie, M. Terrier vous a communiqué deux observations d'hystérectomie vaginale, et vous a donné des nouvelles de ses précédentes opérées. M. Bouilly a fait remarquer très justement qu'aujourd'hui la question opératoire est jugée, en ce sens qu'il est bien difficile, après les observations publiées à Paris depuis deux ans, de ne pas considérer l'opération comme légitime et entrée désormais dans la pratique; il faut même ajouter qu'elle est *bénigne*, quand on l'entreprend dans les conditions où elle est franchement indiquée. Mais la question de la récidive est autrement délicate, et c'est maintenant de ce côté que nous devons diriger nos efforts; c'est de la solution qui lui sera donnée que dépend l'avenir de l'hystérectomie vaginale.

A ce point de vue, je ne crois pas nécessaire d'imiter la sage réserve de M. Bouilly et d'attendre longtemps encore pour vous communiquer des résultats certains. Il y a, dans les statistiques rudimentaires que nous possédons actuellement, des éléments utiles pour étudier les conditions de la récidive et, par suite, les moyens de la prévenir. Si je vous apporte, sans plus tarder, mes documents incomplets, c'est qu'ils contiennent, selon moi, la preuve que nous devons nous hâter de modifier sur un point la technique opératoire; vous y verrez une première tentative que j'ai faite récemment dans cet ordre d'idées, et dont j'avais donné la formule ici même dans une de mes dernières communications.

Sur quinze hystérectomies vaginales, j'en ai fait quatre pour des affections non cancéreuses; trois guérisons, une mort. J'estime que les faits de ce genre, encore trop négligés, ne sont pas les moins intéressants pour établir les indications de l'hystérectomie vaginale. Mais ils n'ont rien à faire ici, et je les laisse de côté.

Sur les onze opérations pratiquées chez des cancéreuses, j'ai eu quatre morts. L'analyse de ces faits, dont les sept premiers sont relatés dans la thèse d'un de mes élèves[1], établit nettement les causes de chaque insuccès: 1° Herminie R..., opérée le 8 août 1885 par l'ancien procédé des ligatures en fil de soie, est morte d'hé-

[1] R. de Madec, *Traitement chirurgical du cancer de l'utérus*, thèse pour le doctorat en chirurgie. Paris, 1887.

morrhagie parce que les fils ont lâché prise, et c'est alors que j'ai adopté les pinces à demeure; 2° Hyacinthe F..., opérée le 9 octobre 1886, est morte le troisième jour de néphrite double et d'urémie, le péritoine fermé, sans trace d'accidents abdominaux; 3° Mme C... (de Nevers), opérée le 5 octobre 1886, avait une tumeur rétro-utérine diffuse avec des ganglions engorgés, et l'ablation de l'utérus a été faite pour dégager le champ opératoire et tenter une opération palliative qui resta forcément incomplète; mort de collapsus en vingt-quatre heures; 4° Élise L..., opérée à la Pitié le 20 novembre 1886, avec l'assistance de M. Verneuil et dans de bonnes conditions, a été la victime d'une faute opératoire dont je m'accuse: pendant que je coupais l'insertion du premier ligament large, une pince était placée sur l'artère utérine de l'autre côté; au moment où j'attirais l'utérus hors de la vulve, la pince en question lâcha prise; je terminai l'opération, je regardai dans la plaie, et *je négligeai l'utérine* qui ne donnait pas de sang parce qu'elle était rétractée, mais qui en donna quand j'eus le dos tourné et produisit dans la journée une hémorrhagie mortelle. J'ai à peine besoin de dire que la faute n'est pas à la pince, mais à moi, qui ne l'ai pas remise en place, et que cet échec n'appartient ni à l'opération, ni au procédé, mais à l'opérateur.

Je tiens beaucoup, Messieurs, à vous montrer que, sur ces quatre faits malheureux, nous devons accuser : une fois le procédé des ligatures, une fois l'erreur du chirurgien, et deux fois les conditions locales ou viscérales qui rendaient l'opération trop dangereuse. Si vous cherchiez dans ma statistique minuscule de quinze faits avec cinq morts l'expression de la gravité réelle de l'hystérectomie vaginale, vous vous tromperiez étrangement; ce serait oublier la bénignité habituelle de ses suites, la tolérance du péritoine pelvien, la facilité et la promptitude de la guérison. Aussi bien, que valent nos statistiques? Chercher sommairement une proportion arithmétique est, dans notre art, un véritable non-sens. Et d'abord, n'est-il pas irrationnel de prendre un tant pour cent comme une réalité, quand la somme totale des faits n'arrive pas à la centaine, et quand, par suite, un seul fait nouveau qui vient s'ajouter à la série suffit pour faire varier de plusieurs unités le chiffre des morts ou celui des succès? Les faits dont s'occupe le médecin sont trop délicats et composés d'éléments trop divers pour que des moyennes fictives deviennent jamais des vérités cliniques, et toujours l'analyse doit corriger la brutalité des chiffres.

Continuons cette analyse. Augustine F... a été opérée le 26 mai 1886; elle a guéri facilement de l'opération et s'est crue sauvée; mais elle avait une propagation cancéreuse au ligament large, qui m'aurait empêché d'intervenir si je l'avais reconnue; la mort est

survenue au bout de cinq mois. Voilà un fait qui n'a pas d'intérêt pour nous en ce moment, car il ne s'agit pas d'une récidive.

Restent donc 6 cancéreuses, qui sont aujourd'hui bien portantes. Les voici par ordre de dates :

1° Louise C..., 11 juin 1886, cicatrice parfaite et santé florissante depuis *neuf mois*.

2° Stéphanie P..., 31 août 1886, est guérie depuis *six mois*. En quittant l'hopital le 6 octobre, elle avait au beau milieu de la cicatrice un bourgeon épithélial gros comme une petite noisette, que je me hâtai d'extraire; les tissus étaient parfaitement souples autour de lui. Je la revis le 24 novembre : la plaie n'était pas encore fermée et suppurait un peu ; ses bords légèrement indurés m'inspiraient une certaine inquiétude ; elle avait bon appétit, mais souffrait habituellement du ventre et des reins, et s'alarmait beaucoup. Nouvelle visite le 25 février 1887 : la situation a complètement changé; tout est cicatrisé, souple, aucune induration suspecte; à part quelques douleurs irradiées, les forces et la santé sont franchement rétablies.

3° Mme M..., de Nevers (Dr H. Martin), 13 octobre 1886, allait de mieux en mieux et sentait ses forces revenir à la date du 5 décembre. J'attends des nouvelles plus fraîches.

4° Mme B..., de Lorient (Dr Le Diberder), 14 novembre 1886, est bien portante et sans récidive au bout de *quatre mois*.

5° Victoire P..., 25 novembre 1886, eut aussi un commencement de récidive au bout d'un mois. Je lui fis, quinze jours après sa sortie de l'hôpital Necker, l'ablation d'une petite masse végétante qui s'était développée en pleine cicatrice et qui déjà produisait un suintement fétide; un grattage soigné laissa une plaie transversale, excavée, peu étendue. Le 25 février 1887, *trois mois* après l'hystérectomie, la cicatrice était parfaite, sans douleur ni induration, l'état général excellent.

6 Mm B..., 27 février 1887 (Dr Louis Bouyer), est déjà guérie de l'opération; mais on ne peut rien dire de plus.

Après l'extirpation totale, la récidive ne peut avoir pour siège que les annexes ou la paroi vaginale. Or, je ne puis affirmer qu'elle ne survient jamais dans les ligaments larges; mais le fait est bien rare, car depuis deux ans nous ne l'avons vue que dans la paroi. Témoins deux des malades précédentes (2° et 5°), chez qui elle s'est montrée au bout d'un mois, superficielle, sans racines, juste au point où avait porté le bistouri. Le bourgeon supprimé, tout est demeuré souple et le péril semble conjuré; l'avenir nous dira s'il reste encore d'autres germes de cancer au voisinage de la cicatrice.

Voilà bien la preuve que, malgré l'ablation totale, nous laissons

des éléments de récidive, non dans les annexes que nos pinces mordent largement, mais à la porte même du foyer opératoire, parce que notre incision à la base du col est trop voisine de la tumeur. Surtout quand il s'agit d'un cancer végétant sur la face externe du museau de tanche, il peut se faire que des culs-de-sac vaginaux sains d'apparence contiennent déjà des traînées de cellules cancéreuses. Or, il est impossible de faire l'incision plus haut, de peur de blesser la vessie ; mais quand elle est faite, quand le segment inférieur de l'utérus est dégagé, la vessie soulevée avec l'uretère et tous deux placés hors d'atteinte, on peut toujours saisir le bord de la plaie vaginale et réséquer avec des ciseaux courbes une bande circulaire de la paroi.

Il est bien entendu, Messieurs, qu'il ne s'agit pas de la résection d'une paroi vaginale envahie par le cancer, dans des cas où l'intervention est plus ou moins justifiée. Je conseille la *résection préventive* d'une paroi qui paraît saine, parce qu'il me semble que c'est une duperie de parler d'extirpation complète et d'opération large, radicale, quand on agit, sur un point du champ opératoire, avec une parcimonie qui passerait pour un témoignage d'ignorance dans une amputation du sein. Tel est le point nouveau sur lequel j'attire votre attention, auquel les auteurs n'ont pas encore pris garde, et dont j'ai tenu compte pour la première fois le 27 février dernier. Permettez-moi donc de vous raconter ce que j'ai fait chez ma dernière opérée pour la mettre à l'abri d'une récidive ; nous verrons plus tard si j'ai réussi.

Mme B.., 52 ans, consultait il y a un mois mon ami le Dr L. Bouyer pour quelques malaises de peu d'importance. Les règles sont finies depuis longtemps; il y a quelques semaines est survenue une perte légère, et depuis ce moment la malade se plaint de pertes rousses peu abondantes, non fétides. M. Bouyer l'examine et trouve un épithélioma du col déjà menaçant, malgré l'absence de douleurs et de grands symptômes. Les lèvres du museau de tanche sont entamées circulairement, un gros bourgeon fongueux fait saillie à travers l'orifice; le col a une certaine hauteur, les culs-de-sac sont libres, l'utérus mobile. De plus, deux petits lobules cancéreux gros comme des noyaux de cerise, parfaitement circonscrits, saillants sous la muqueuse, occupent la paroi postérieure du vagin sur la ligne médiane. Aucune traînée visible, aucune induration entre ces lobules et le cul-de-sac postérieur; mais je ne doute pas que la muqueuse puisse recéler des cellules épithéliales. Il faudra donc ajouter à l'hystérectomie la résection d'une large bande de la paroi postérieure, comprenant les tumeurs secondaires.

D'autre part, j'ai le projet d'appliquer pour la première fois le précepte que j'ai déjà formulé dans ma communication au Congrès de chirurgie et reproduit à la Société de chirurgie le 29 décembre 1886 :

réséquer, à titre préventif, une bande circulaire de la paroi vaginale saine d'apparence, mais pouvant contenir histologiquement des germes de récidive.

Il y a là, vous le voyez, deux questions distinctes : résection préventive et résection de nécessité. Je regrette que la seconde me soit imposée par une circonstance qui peut modifier dans l'avenir les résultats que me donnera la première.

Opération le 27 *février* 1887, avec l'aide de MM. Bouyer et de Madec. — Je passe sur les préliminaires. — L'utérus descend mal, ce qui prolonge les premiers temps et rend très utiles les bistouris à lame courbe que j'ai fait construire pour l'incision circulaire à la base du col. Le décollement de la vessie n'offre aucune difficulté; j'y procède avec soin, parce que la vessie séparée de l'utérus entraîne avec elle les uretères à distance de l'incision.

Le col dégagé, je procède à la résection vaginale (après l'ablation de l'utérus, il serait trop difficile de manœuvrer au milieu des pinces). Je saisis la paroi antérieure au niveau de la plaie, et je la décolle avec le doigt, pour être bien sûr de ne pas toucher à l'uretère ; puis je retranche avec des ciseaux courbes un centimètre de tissu en avant, à droite et à gauche. Rien de plus facile que cette opération; l'uretère n'est pas à craindre, il suffit d'y penser; j'aurais pu faire sans danger une résection plus large, et sans doute je serai moins réservé à l'avenir. En arrière, je taille hardiment pour enlever les deux lobules avec leur territoire; la manœuvre est encore plus simple que devant, car la paroi postérieure se détache d'elle-même.

Après avoir placé quelques pinces sur de petits vaisseaux, j'ouvre le péritoine en avant et en arrière. L'abaissement incomplet de l'utérus rend difficile l'attaque du premier ligament large; trois pinces sont placées en étage, l'utérus extrait, le second ligament pris avec deux pinces et l'ablation terminée. Mais il faut encore saisir une grosse branche de l'utérine gauche qui donne un jet de sang, et plusieurs petits vaisseaux dans le tissu cellulaire prérectal. Je fais la toilette du péritoine avec des éponges montées, je retire deux ou trois petits caillots du cul-de-sac de Douglas, et je laisse une quinzaine de pinces. Tampons iodoformés. L'opération a duré une heure un quart (longueur des premiers temps, résections de la paroi, hémostase).

La malade, pendant deux jours, se plaint de quelques douleurs, et se tire d'affaire avec trois piqûres de morphine, sans vomissements, sans fièvre. La plus haute température est 37°,8; cathétérisme le premier jour; ablation des pinces après trente-six heures, soulagement immédiat et sommeil calme. Le 4 mars, les tampons profonds sont enlevés; commencement des injections de sublimé; alimentation. Le 7, toutes les fonctions s'accomplissent à souhait; je n'ai pas besoin d'ajouter que nous n'avons plus d'accidents à craindre et que Mme B... sera complètement rétablie dans les délais ordinaires.

Communication.

Tétanos céphalique chronique caractérisé par une contracture localisée aux élévateurs de la mâchoire inférieure des deux côtés et aux muscles de la face d'un seul côté, simulant au début une paralysie faciale. — Mort au dix-neuvième jour,

Par le Dr Terrillon.

Le tétanos peut présenter quelquefois, à son début, des caractères bizarres qui peuvent rendre difficile le diagnostic de cette complication.

J'ai vu dernièrement un malade chez lequel les premiers symptômes furent assez étranges pour permettre une certaine hésitation. L'histoire de cette affection m'a semblé assez intéressante pour être communiquée et suivie de quelques commentaires. Elle permettra à ceux qui se trouveront en pareille circonstance de reconnaître de suite la nature de la maladie.

Il s'agit d'un jeune homme de 16 ans, fort et vigoureux, qui fit, en se promenant dans la campagne, une chute de cheval. Il se releva aussitôt, n'ayant aucun autre dommage qu'une légère plaie contuse au niveau de la pommette du côté gauche.

Rentré chez lui, le médecin de sa famille déclara que la plaie était sans importance et ordonna un léger pansement.

Le jeune homme put se promener dans l'appartement et dans le jardin de la maison. Il ne paraît cependant pas s'être exposé à aucun refroidissement.

La plaie était presque complètement guérie le huitième jour, et recouverte d'une petite croûte sèche, lorsqu'il remarqua qu'il éprouvait une certaine difficulté pour ouvrir la bouche.

Cette gêne paraissait venir de la raideur des muscles de la mâchoire du côté gauche, c'est-à-dire du côté blessé.

Le médecin de la famille, appelé aussitôt, ne vit rien de spécial du côté de la plaie, celle-ci n'étant pas douloureuse, ni au côté de la joue, mais constata un trismus unilatéral peu prononcé, avec un peu d'asymétrie de la face. Il donna l'éveil à la famille en lui disant que ce phénomène pourrait s'aggraver, mais sans prononcer le mot de tétanos.

La tête fut entourée d'ouate, et l'enfant tenu dans une chambre chaude.

Le lendemain, le trismus latéral augmenta légèrement, la bouche s'ouvrait à peine au quart; quand on voulait forcer l'écartement des mâchoires, on provoquait des douleurs dans la région du masseter et du ptérygoïdien gauche, avec quelques contractions douloureuses.

Enfin, le troisième jour, la bouche s'ouvrait moins bien; on vit s'accentuer une légère asymétrie de la face, qui avait déjà frappé au début

de la maladie, et le jeune homme éprouvait quelques crises douloureuses dans la joue du côté gauche.

La famille, effrayée, le ramena à Paris et me pria de le soigner.

Je vis le malade la première fois le onzième jour après son accident, et le quatrième jour après le début du trismus léger sur lequel il avait tout d'abord appelé l'attention.

Voici ce que je constatai :

La figure était asymétrique, le côté gauche, plus petit, ayant entraîné le côté droit ; l'œil gauche légèrement rétréci ; la commissure labiale abaissée et déviée à gauche. En un mot, on constatait les signes ordinaires de la paralysie faciale du côté droit.

Cependant, en y regardant de plus près, je pus m'assurer que le côté droit n'était pas aussi flasque que dans la paralysie ; le gonflement des joues pouvait se faire sans grande déperdition de l'air au niveau de la commissure.

Après avoir bien analysé chacun des symptômes, je pensai qu'il s'agissait là d'une paralysie faciale droite, mais avec une contracture légère des muscles faciaux à gauche.

La mâchoire pouvait à peine s'entr'ouvrir de 2 centimètres en avant. Aussitôt on voyait le masseter gauche se tendre et se rétracter; le ptérygoïdien participait à la contracture.

Cette manœuvre amenait une crise douloureuse qui resserrait immédiatement les mâchoires, contracturait la face du côté gauche, provoquait une congestion violente de toute la figure avec aspect violacé, et enfin s'accompagnait d'une douleur vive qui ne cédait qu'après la contraction, laquelle durait plusieurs secondes.

On ne constatait aucun phénomène du côté de la déglutition, ni aucune douleur ou contraction dans la nuque. Mais quand le malade commençait à boire, on voyait se produire un accès de contracture semblable à celle que déterminait l'ouverture forcée des mâchoires.

La plaie, complètement cicatrisée, ne présentait rien de spécial, elle avait été très petite, large comme une grosse lentille; elle n'était pas douloureuse.

Le pouls était très fréquent, 80°, la température, de 38° le soir.

Cet examen me laissa dans l'incertitude pour le diagnostic, car cette légère contracture unilatérale avec une paralysie faciale du côté opposé me semblait bien insolite. Le trismus unilatéral seul me faisait penser à un début de tétanos.

Je ne crus pas devoir me prononcer aussitôt sur la nature de la maladie; cependant j'instituai le traitement ordinaire du tétanos.

J'ordonnai aussitôt de mettre le jeune homme dans un lit bien chaud, de l'entourer d'ouate et de lui administrer du chloral à doses suffisantes pour le maintenir calme et empêcher les crises fréquentes et douloureuses.

Le lendemain, cinquième jour après l'apparition du trismus, et malgré l'administration de 4 grammes de chloral, la constriction des mâchoires était plus complète ; on commençait à voir se dessiner du côté

droit un certain degré de raideur: le muscle masseter droit était rigide et contracturé.

On pouvait avec peine desserrer les dents de quelques millimètres; chaque fois que le malade éveillé essayait de parler, de remuer la mâchoire, ou de boire, il se produisait une crise douloureuse avec constriction violente des mâchoires, déviation exagérée de la face à gauche et congestion vultueuse de la figure et de la tête, avec sueurs abondantes sur la figure.

Comme il refusait le chloral par la bouche, à cause du goût prononcé de ce médicament, qui irritait la gorge, je dus le donner en lavements, uni avec des jaunes d'œufs, à la dose de 2 à 3 grammes, trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures.

L'urine n'était pas albumineuse et ne le fut jamais. Il n'y avait que peu de constipation; cependant j'ordonnai un léger laxatif.

6e *jour*. P. 84, T. 37°. Toujours agité quand le chloral cesse son effet, il se nourrit bien; cependant il a ressenti quelques spasmes au moment de la déglutition et a rejeté un peu de lait qu'il essayait d'avaler. Ce phénomène n'a pas duré. Quelques douleurs se sont montrées du côté de la nuque, mais sans contraction.

7e *jour*. P. 80, T. 38°. La douleur légère de la nuque a diminué; il avale bien, se nourrit suffisamment, mais toujours agité, et avec des crises dans les mâchoires et dans la face quand il essaye de parler ou d'écarter les mâchoires. Toujours contracture de la face à gauche mais sans paralysie à droite.

8e *jour*. Toute trace et douleur dans la nuque a disparu. Moins d'agitation, moins de spasmes douloureux. Il est maintenu sous l'influence du chloral.

10e *jour*. P. 84, T. 37°,5. L'état reste stationnaire; il supporte près de 10 grammes de chloral en lavements et s'alimente bien.

Mais la constriction des mâchoires persiste, presque absolue, avec la contracture de la face du côté gauche. Tous ces phénomènes s'exercent encore au moment des crises.

Le malade se trouvait donc dans un état relativement encourageant, puisque les contractures restaient localisées aux élévateurs de la mâchoire et aux muscles de la face du côté gauche.

Cependant, quand les doses de chloral devenaient insuffisantes, les crises de contractures se succédaient rapidement, avec douleur et vultuosité de la face, en même temps que se produisait une agitation générale du malade, qui ne pouvait rester en place et voulait toujours se lever et se promener, ce qui s'est produit plusieurs fois quand il n'était pas surveillé.

L'alimentation était suffisante, et la température ne dépassait pas 38°,5.

Le même état se prolongea avec quelques oscillations, et nous donnait tout espoir de guérison, lorsque, le dix-neuvième jour depuis le commencement du tétanos, il mourut brusquement sans présenter aucun phénomène saillant, quelques minutes après avoir bu une petite quantité de lait. Il y eut probablement un arrêt brusque de la respiration

au moment d'une crise qui sembla plus violente et plus prolongée que les autres.

J'avais été très frappé de la difficulté du diagnostic, qui, dans les premiers jours, avait empêché de croire à un tétanos.

La localisation presque absolue des phénomènes de contracture aux élévateurs de la mâchoire inférieure des deux côtés et aux muscles de la face d'un seul côté me semblait un fait insolite.

Ce tétanos ainsi localisé devait être rare, aussi je cherchai s'il n'existait pas quelques cas semblables publiés dans les recueils français.

Je trouvai dans la *Gazette des hôpitaux*, 1880, page 65, une observation de M. le professeur Gosselin qui ressemble beaucoup à la mienne, au moins par ce caractère spécial de contracture unilatérale de la face. L'observation est intitulée : *Tétanos unilatéral, au début, simulant une hémiplégie faciale*.

Il s'agissait d'un homme qui portait une plaie superficielle des parties molles du cuir chevelu au niveau de l'occipital droit.

Après quelques jours, il fut pris tout à coup de contractures du masseter et du ptérygoïdien du côté gauche. En même temps, une contracture des muscles de la face, du même côté, donnait au malade l'apparence que donne l'hémiplégie faciale.

M. Gosselin ajoute : « Nous ne nous sommes pas rendu un compte exact de ce trismus unilatéral, et nous avions prié M. Vulpian d'examiner ce malade. Mais le lendemain les accidents étaient plus nets ; il n'y avait pas à en douter, nous avions affaire à un cas de tétanos.

« Le trismus devint bilatéral, les trapèzes et les muscles du cou se prirent, et avec l'épistothonos se montra la gêne de la déglutition et de la respiration.

« Malgré le traitement au chloral qui fut institué, le malade mourut par asphyxie. »

On voit qu'il existe la plus grande analogie entre le début de l'affection dans ce dernier cas et celui du malade dont j'ai rapporté l'histoire. Ces phénomènes simulaient en partie ceux de la paralysie faciale. La contracture permanente, et qui s'exagérait au niveau des muscles et du foie du côté gauche, est difficile à expliquer.

La rapidité du tétanos dans le second cas fut plus grande que dans celui de mon observation, mais cela semble tenir surtout à l'extension de la contracture et des spasmes aux muscles respiratoires, ce qui ne se présenta pas chez le mien.

Un second caractère curieux de ce tétanos est la localisation de la maladie au trismus, d'abord d'un seul côté, puis des deux, mais sans épistothonos, et avec des troubles de la déglutition très passagers, et sans aucun symptôme inquiétant du côté de la respiration, sauf peut-être au moment de la dernière crise.

J'insisterai aussi sur la chronicité de la maladie, qui ne parut ni

céder ni s'améliorer pendant toute son évolution, et qui ne présenta aucun symptôme insolite, les spasmes revenant à intervalles souvent répétés, et l'agitation étant le seul symptôme remarquable de cette maladie.

Je ne discuterai pas plus longtemps ce qu'a de curieux cette contracture localisée dans le tétanos, car il en existe d'autres exemples dans la science.

On pourrait seulement chercher à expliquer ces contractures localisées en admettant que la maladie a localisé les désordres nerveux dans une partie de la protubérance, là où naissent très près l'une de l'autre les fibres du facial et de la branche motrice du trijumeau, ce genre d'excitation ayant provoqué des phénomènes d'irritation sur les nerfs les plus voisins. Ces lésions ayant ensuite envahi rapidement, quoique tardivement, la région du bulbe, auraient provoqué rapidement un arrêt du cœur et de la respiration, survenu inopinément.

J'insisterai encore non seulement sur cette localisation des contractures, mais sur le caractère des spasmes occupant les muscles contracturés, constricteurs de la mâchoire et muscles de la face d'un côté, même des crises qu'éprouvait le malade quand il essayait d'écarter les mâchoires, de parler, ou même sans mouvements provocateurs bien nets. Il y avait là un caractère qui simulait ceux de l'hydrophobie, mais sans le sentiment de terreur ni d'angoisse au moment de la déglutition, qui était intacte.

J'ai cru devoir publier cette observation pour montrer les caractères bizarres que peut présenter le tétanos, surtout quand sa marche est chronique, et pour montrer combien le diagnostic, au début, peut être difficile et trompeur, et le pronostic grave, malgré la marche chronique des symptômes.

Discussion.

M. Schwartz. Des faits analogues ont été décrits à l'étranger, sous le nom de *tétanos céphalique*, notamment par Rose (de Zurich). Cet auteur insiste sur la mortalité de ces cas de tétanos, qui est plus grande que celle des autres variétés.

Communication.

M. Richelot présente une petite fille de 6 ans, qu'il a opérée le 22 novembre dernier, avec M. le Dr Descroizilles, d'une exstrophie de la vessie, et s'exprime en ces termes :

Les grandes lèvres divergeaient à leur extrémité supérieure. Vers

la partie moyenne de chacune d'elles, on voyait un vestige de petite lèvre, sans clitoris; dans leur écartement, l'orifice vaginal; au-dessus de lui, et sans trace d'urèthre, la muqueuse vésicale saillante en avant. La palpation révélait, comme toujours, un écartement des pubis de plusieurs centimètres.

Un fait important, c'est qu'au-dessus de la muqueuse vésicale, entre elle et l'ombilic, la peau était mince, incomplètement développée, non doublée de graisse, et intimement adhérente à l'aponévrose. Je ne pouvais donc pas songer à tailler un lambeau supérieur pour le rabattre au-devant de la vessie, comme on le fait dans les procédés de Wood et de Léon Le Fort, et comme je l'ai fait chez un petit garçon dont j'ai publié l'histoire (*Union médicale*, 10 octobre 1886).

Malgré cette condition défavorable, j'adoptai la méthode autoplastique, qui m'avait si bien réussi chez mon premier malade, et qui en France nous paraît encore la plus raisonnable, malgré les tentatives faites en Allemagne dans un autre ordre d'idées. Je résolus de faire deux lambeaux latéraux et de les ramener tous deux au-devant de la vessie, le principe de la multiplicité des lambeaux et de leur superposition ne devant jamais être oublié.

Je commençai par aviver les grandes lèvres à leur face interne, un peu au-dessus de l'orifice vaginal, puis je les suturai sur la ligne médiane avec trois crins de Florence. Je reconstituai ainsi une ouverture vulvaire; le pont cutané formé par cette suture recouvrait la partie inférieure de l'exstrophie.

Je taillai, dans la même séance, un lambeau latéral gauche de forme convenable, que je rabattis sur la muqueuse vésicale, face cutanée en arrière, face cruentée en avant; puis un lambeau latéral droit, à base supérieure, qui fut légèrement tordu et remonté au-devant du premier, face cruentée en arrière, face cutanée en avant. Les deux lambeaux furent unis par des points séparés en crin de Florence.

La vessie nouvelle étant largement ouverte à sa partie supérieure, je dédoublai la paroi abdominale au-dessous de l'ombilic, suivant une ligne transversale, et je suturai la peau mince que je venais de séparer de l'aponévrose au bord supérieur de mon double lambeau vésical. Le réservoir de l'urine se trouvait ainsi complété.

La réunion primitive se fit partout, et cette opération anaplastique en un seul temps réussit d'emblée. Les plaies latérales se cicatrisèrent peu à peu. Il reste aujourd'hui, entre le bord inférieur des lambeaux et le pont cutané formé par l'adossement des grandes lèvres, un petit orifice triangulaire que j'avais ménagé comme voie d'échappement, et par où s'écoule l'urine en même temps que par la vulve reconstituée. A deux reprises j'ai essayé d'oblitérer cet orifice, mais je n'ai pas réussi. J'attendrai quelques mois, je donnerai le temps aux tissus de se nourrir et à l'enfant de se développer, et je pense qu'il sera facile de parfaire le résultat. D'ores et déjà la guérison est acquise telle que nous pouvons l'obtenir en pareil cas, c'est-à-dire que l'enfant porte un appareil en caoutchouc de bonnes conditions.

Paris. — Société d'Imp. PAUL DUPONT (Cl.) 39.4.87. *Le Gérant :* G. MASSON.

Discussion.

M. Berger. Je désire attirer l'attention sur une particularité que présente cette enfant. On trouve entre les deux symphises un écartement qui est de 3 et demi à 5 centimètres. Or, un chirurgien allemand, Trondelenbur, a proposé pour ces cas de faire la symphyséotomie postérieure, ce qui permet de rapprocher en avant les deux côtés de la symphise avec facilité. On peut ensuite souder ensemble les deux côtés de l'ouverture vésicale, par l'avivement et la méthode américaine.

D'autres ont proposé de rapprocher les deux symphyses, non par une opération sanglante, toujours sérieuse, mais au moyen d'appareils spéciaux, de palettes agissant mécaniquement sur les deux côtés du bassin.

Plus tard, dans un des derniers congrès des chirurgiens allemands, on a conseillé de laisser de côté tous ces procédés et de recourir à une autre méthode. Celle-ci consiste à disséquer tout ce qui reste de vessie, à l'enlever et à laisser un orifice au niveau des uretères (Sonnemburg). Un urinal placé en permanence devant cet orifice sert à recevoir l'urine.

M. Richelot prouve, par cette observation, qu'on peut éviter d'aussi grands délabrements; mais cependant, comme il reste chez son opéré un pivot au niveau des uretères, il faudra compléter l'opération pour avoir un résultat parfait.

Enfin, je reprocherai à M. Richelot d'avoir opéré en un seul temps, tandis que j'aurais préféré opérer en deux temps.

Le premier temps aurait consisté à rapprocher la portion pubienne de l'ouverture. On aurait ainsi divisé celle-ci en deux parties : l'une supérieure, correspondante à l'orifice des uretères; l'autre inférieure, correspondante à la fourchette et à l'urèthre naturel.

Après ce premier temps, on pourrait alors faire une autoplastie plus complète. Une sonde à demeure, placée dans la partie supérieure restaurée, permettrait l'écoulement facile de l'urine, et par conséquent la réunion plus certaine de la partie supérieure.

M. Lefort, qui a obtenu un des rares résultats complets que nous connaissions, a agi ainsi et a obtenu un beau succès.

Je terminerai en parlant du résultat ultérieur de l'opération, lequel est loin d'être toujours très satisfaisant.

Les incrustations calcaires de la vessie, les suppurations prolongées sont souvent une cause d'ennui ou d'accidents. Aussi a-t-on publié des cas dans lesquels les malades ont préféré revenir à leur

état antérieur, et les chirurgiens, cédant à leur désir, ont dissout les lambeaux.

Il a été mentionné trois ou quatre cas de ce genre.

M. Richelot. Je connais les résultats obtenus par la résection de la vessie, mais ils ne sont pas heureux. Dans un cas, il y eut accidents et mort; dans l'autre, le résultat fut nul.

Quant à la méthode de Trondelenbur, qui consiste à faire la symphisectomie postérieure à ciel ouvert pour réunir les symphises en avant, je ne l'ai pas employée chez ma malade, pour plusieurs raisons. En effet, chez elle, l'étoffe était suffisante pour faire rapprocher les lambeaux, la disjontion de la symphise ne me gênait nullement.

Enfin, ici le traumatisme opératoire a été réduit à son minimum, tandis que dans la symphirectomie postérieure elle est très étendue et demande une grande surveillance.

J'ai donc employé la méthode française, car elle me semble devoir donner de bons résultats.

M. Berger me reproche de n'avoir pas fait l'opération en plusieurs temps, mais j'ai déjà fait une opération de ce genre en un seul temps, et, grâce à une antisepsie parfaite, j'ai obtenu une réunion parfaite d'emblée.

Il est vrai que j'ai laissé un orifice en face du point où viennent se présenter les orifices des uretères, mais je n'ai pu faire autrement. En tout cas, cet orifice a été un déversoir utile pour l'urine après l'opération et pendant la cicatrisation des lambeaux, ainsi que M. Berger l'indiquait plus haut.

Je n'ai pas eu de suppuration, cela tient aux lavages que j'ai pratiqués avec l'acide borique.

M. Berger. Dans cette opération, la méthode antiseptique a peu de valeur. C'est qu'il faut surtout, ce sont des pansements fréquents, très propres, qui empêchent tout accident de suppuration.

Le temps le plus difficile de l'opération est la réunion de la région inférieure, absolument comme dans l'hyppopadias cétal chez l'homme.

Là se trouve la réunion des uretères et de l'urèthre, et le passage de l'urine fait échouer les réunions.

Aussi je suis d'avis de se préoccuper de suite de cette difficulté.

M. Kirmisson. Dans le *Centrablatt*, M. Cezas a publié dernièrement un succès par la méthode de Sonnenburg, ou par l'ablation totale de la vessie. Les uretères furent attirés vers l'urèthre et il y eut guérison.

M. Berger. Ceci est un cas spécial; mais cependant il faut

ajouter que l'opéré est obligé de porter un urinal, donc il est dans un état bien voisin de l'état antérieur, au point de vue de la fonction.

Communication.

M. Bazy lit une note sur le *traitement des abcès de la fosse ischio-rectale.*

Ce travail est renvoyé à une commission (M. Horteloup, rapporteur).

Présentation de malade.

M. Richelot présente une jeune fille chez laquelle il a pratiqué une opération pour une *extrophie vésicale.*

Présentation d'instruments.

M. Doyen présente une pince longue pour saisir le ligament large dans l'opération d'hystérectomie par la voie vaginale. Ces pinces sont fabriquées par M. Collin.

M. Peyrot présente, au nom de M. le Dr Debacker, une ceinture spéciale appelée par son auteur *compresseur*. Elle a pour but de remplacer les ceintures ou palettes hypogastriques actuellement connues, et de soutenir ainsi les parties inférieures de l'abdomen et la masse intestinale.

Présentation de pièces.

M. Théophile Anger présente un goitre à évolution rapide, dont il a fait l'énucléation, dans les conditions suivantes, suivie de mort :

Le nommé Eugène R..., 17 ans, né à Paris, teinturier, entre le 5 février 1887 à l'hôpital Cochin, service de M. le Dr Théophile Anger.

Aucun goitreux dans la famille. Père, 45 ans, né à Mouy (Seine-et-Oise). Mère, née à Saint-Brieuc, morte en 1873, de tuberculose pulmonaire (?). Quatre frères, dont deux plus âgés que lui, et une sœur, 22 ans, tous bien portants.

Le malade ne s'est aperçu que depuis deux mois environ du développement de son goitre. L'hypertrophie thyroïdienne a débuté par la partie latérale droite du cou ; rapidement il s'est formé à ce niveau une tumeur de la grosseur d'une noix environ, ne déterminant alors aucun trouble, aucune gène.

Un mois après, la tumeur était déjà très volumineuse, avait envahi toute la région thyroïdienne, et dès lors lors le malade avait l'haleine courte, ne pouvait faire aucun effort dans son travail.

Depuis quinze jours, exagération de la dyspnée; accès de suffocation presque chaque nuit; dysphagie, les liquides seuls passent sans efforts.

État actuel. — Corps thyroïde très volumineux; hypertrophie uniforme, régulière, la glande formant un vaste croissant à concavité supérieure, dont les angles remontent à deux travers de doigt de l'angle du maxillaire. En bas, elle paraît s'arrêter au niveau de la fourchette sternale.

Peau souple, non altérée. Pas de veines superficielles bien apparentes.

Tumeur de consistance élastique, égale partout, sans fluctuation, sans battements, sans souffle.

Dimensions du cou : sur la partie médiane de la tumeur, 42 centimètres à sa base; immediatement au-dessus du sternum, 44 centimètres.

Cœur sans hypertrophie. Pouls régulier, 95 à 100 pulsations à la minute.

Murmure vésiculaire diminué des deux côtés.

Pupilles très dilatées, se contractant sous l'influence de la lumière.

Voix un peu rauque; respiration difficile. Accès d'oppression nocturne pendant son séjour à l'hôpital. Dysphagie assez marquée pour les aliments solides. Urines de quantité normale, sans sucre ni albumine.

Opération le 5 *mars.* — Chloroformisation assez facile. Incision des téguments sur une ligne semi-lunaire, dont les extrémités remontent jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'angle des maxillaires.

Dès ce moment, respiration très difficile, cyanose rendant la trachéotomie nécessaire; la trachée est située profondement, très aplatie par la pression des lobes latéraux de la tumeur, formant une sorte d'éperon saillant en avant.

Puis on enlève successivement la moitié gauche, puis la moitié droite de la tumeur, après avoir sectionné le sterno-mastoïdien gauche qui la bridait en avant.

Suture au fil d'argent des lèvres de la plaie semi-lunaire. Pansement au sublimé.

L'opération a duré à peu près une heure. Pendant toute sa durée, le pouls a été à peu près régulier, mais faible et fréquent. La quantité de sang perdu n'a pas été très considérable, 200 à 300 grammes.

Le malade reste affaissé après l'opération. Pas d'hémorrhagie ni de gêne de la respiration. Dysphagie : les liquides reviennent en partie par la canule à trachéotomie. Température rectale : à huit heures, 38° ;

à deux heures du matin, 41°. Pouls rapide, misérable. Injections hypodermiques d'éther. Mort à huit heures trois quarts.

Examen de la tumeur. — Tumeur partout de consistance uniforme, assez dure, peu vasculaire. Examinée sur une surface de section, présente les caractères du goitre colloïde : cloisons de tissu conjonctif, séparant une foule de vacuoles remplies par une matière glutineuse. Poids, 485 grammes.

Autopsie. — (On ne peut examiner que les organes du cou.) Trachée encore très aplatie latéralement; l'incision, faite sur la ligne médiane, a divisé les trois premiers anneaux. Pas de lésion des récurrents ni de l'œsophage.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,
TERRILLON.

Séance du 16 mars 1887.

Présidence de M. LANNELONGUE.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *Wirkung moderner Gewehr projectile*, par B. VON BECK, generalarzt du 14e corps d'armée allemande, membre correspondant étranger. L'auteur y étudie comparativement l'action des balles de plomb et des balles cuirassées de Lorenz; il conclut à la bénignité plus grande des blessures faites par ces dernières.

3° *Polype muqueux (adénome) du rectum*, par le Dr HAMON DU FOUGERAY (du Mans). (Commissaire : M. Lucas-Championnière);

4° *Fracture de la malléole interne, diastasis péronéo-tibiale, etc.*, par le Dr OVION (de Boulogne-sur-Mer). (Commissaire : M. Lucas-Championnière);

5° M. ROUTIER se présente comme candidat à la place de membre titulaire vacante.

A propos du procès-verbal.

Tétanos céphalique.

M. Terrillon. A propos de la communication que j'ai faite dans la dernière séance sur un cas de tétanos céphalique à marche chronique, je désire ajouter quelques mots.

J'ai présenté cette observation comme un exemple curieux de la difficulté du diagnostic au début, à cause de la paralysie faciale qui, après avoir existé pendant quelque temps, a fait place à une contracture unilatérale des muscles de la face du côté blessé. Cette contracture donnait l'apparence d'une paralysie de la face du côté opposé.

Comme l'a dit M. Schwartz, il s'agit de cette variété de tétanos décrite par Rose (Pilha et Bilroth, art. Tétanos, 1870) sous le nom de tétanos hydrophobique, et qui aurait reçu, d'après Mathieu, (art. Tétanos, *Dict. encyclopédique*) de von Walh le nom général de tétanos céphalique. Cette variété serait remarquable par plusieurs caractères spéciaux qu'on peut résumer ainsi :

1° La cause est une lésion sur le trajet de distribution des nerfs craniens;.

2° La contracture est limitée aux muscles de la tête et du cou, et on note toujours l'intégrité des membres qui échappent aux contractions ;

3° Au début, on trouve une paralysie faciale qui existe ordinairement du côté blessé;

4° Les spasmes, au moment où on fait boire ou parler les malades, simulant ceux de l'hydrophobique ;

5° La mortalité plus considérable que dans les autres variétés de tétanos.

Cette mortalité, d'après Reinardh, et surtout d'après Hadlich, qui, en a trouvé seize cas dans la science, serait considérable, puisqu'elle a donné seulement quatre guérisons, quelle que soit la marche de la maladie.

En me reportant à mon observation, je trouve que tous ces phénomènes et tous ces caractères y sont présentés. J'ai cru devoir les analyser ici, car il n'y a en France que l'observation de M. Gosselin se rapportant à cette variété.

La marche peut être aiguë, comme dans les cas de M. Gosselin, ou chronique, comme dans le mien, où le malade est mort le dix-neuvième jour. Dans un cas d'Hadlich, la mort est survenue le dix-septième jour.

Cette marche chronique peut être encore exagérée, puisque dans

un cas d'Hadlich la guérison eut lieu, mais après sept semaines de maladie.

Le seul fait important de mon observation, qui mérite d'être discuté, est de savoir s'ils'agit ici d'un cas de rage hydrophobique vraie, tels que ceux décrits par Rose, ou s'il s'agit d'un cas analogue à celui de Hadlich, dans lequel il n'y a pas eu de spasme pharyngien véritable, et qui rentre alors dans la classe des tétanos céphaliques sans particularités spéciales.

Le malade que j'ai observé a toujours avalé avec facilité des aliments liquides ou demi-liquides; pendant un ou deux jours seulement, il semble avoir eu quelque difficulté du côté de la déglutition pharyngienne, mais cela était peu marqué et dû probablement à une défectuosité dans la façon dont les liquides descendaient dans le pharynx.

Donc, on peut éliminer la dysphagie.

Le seul phénomène important qu'il ait présenté, est la crise de contracture plus violente du masséter et des ptérygoïdiens avec contracture de la face, qui existait quand il voulait boire ou remuer les mâchoires.

Il y avait donc là une certaine apparence d'hydrophobie, mais sans crachotement ni accumulation de spumes dans la bouche.

On peut donc dire que ce fait se rapproche assez du caractère hydrophobique décrit par Rose.

M. Schwartz. Notre collègue Terrillon nous a communiqué dans la dernière séance un cas de trismus unilatéral, terminé par la mort, et ayant suivi une marche tout à fait exceptionnelle; il nous a rapporté à ce propos un cas presque semblable du professeur Gosselin, qui a évolué à peu près de la même façon. Ces faits sont en outre remarquables en ce qu'ils ont simulé une paralysie faciale unilatérale.

J'ai demandé la parole pour ajouter que des cas analogues avaient été décrits par les Allemands, et tout d'abord par Rose, sous le nom de *kopftetanus* (*tétanos céphalique* ou encore de *tétanos hydrophobique*), avec cette différence cependant que, dans presque tous les faits que j'ai pu recueillir, la paralysie faciale a été admise par les différents observateurs; je vous demande la permission d'entrer aujourd'hui dans quelques détails à ce sujet.

L'observation qui se rapproche le plus de celle de notre collègue a été rapportée par Thénée (*Berliner Klinische Wochenschrift*, p. 530, 1880). Il s'agit d'une femme de 55 ans qui, atteinte d'une plaie de la veine du nez, présenta, six jours après, les signes d'une paralysie faciale gauche, en même temps que se manifestait peu après une contracture violente du masséter et du temporal du même

côté ; bientôt se montrèrent les spasmes cloniques, puis le trismus envahit le côté droit ; en quelques jours la blessée succombait à de l'œdème pulmonaire, après avoir eu des spasmes douloureux de la nuque et de l'opisthotonos ; elle avait eu de la dysphagie, mais nullement le type hydrophobique que décrit Rose dans son article TÉTANOS de l'*Encyclopédie* de Pilha et Bilroth.

Hadlich a pu rassembler seize faits analogues ; ils n'ont pas tous été mortels, comme me l'avait fait dire le souvenir de quelques-uns d'entre eux, tous terminés malheureusement ; sur quinze cas, il y a eu quatre guérisons.

En somme, il s'agit là d'une variété clinique du tétanos peu observée, peu connue chez nous, et qui demande des recherches précises pour élucider l'existence de la paralysie ou de la contracture des muscles de la face ; si dans certains cas il y a eu des spasmes pharyngiens tels que le tétanos ait pu être dénommé hydrophobique, dans d'autres, au contraire, la dysphagie a été légère ou a même pu ne pas exister. Enfin, le tétanos, d'abord céphalique, a pu se généraliser comme dans le fait de Thénée par exemple.

Communication.

De l'emploi de la ouate de tourbe en chirurgie,

Par le Dr Just LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

La ouate de tourbe est une substance qui mérite *a priori* d'attirer l'attention du chirurgien. On sait que, dès longtemps, des faits vulgaires ont fait reconnaître à la tourbe une valeur antiseptique, et, dans ces dernières années, de nombreux essais de pansement ont été faits avec la tourbe, mais toujours avec la tourbe à peu près à l'état de nature.

Le Dr Redon, après une étude approfondie de la tourbe et de ses diverses variétés, a pensé que l'on pourrait, par une préparation spéciale, tirer de certaines variétés de tourbe un produit comparable pour l'aspect à la ouate ou à l'étoupe, et qui conserverait les propriétés particulières de la tourbe, soit une puissance d'absorption très considérable et une résistance aux agents de putréfaction. Le mode de préparation même de la ouate de tourbe lui assurerait une véritable valeur de produit aseptique, les opérations par lesquelles elle passe se produisant dans des conditions de température qui déterminent absolument la disparition de tout germe.

La ouate de tourbe représente une véritable matière textile, un

produit cardé qui peut, suivant les besoins, être imprégné des substances les plus variées. On peut donc l'utiliser soit comme substance aseptique, soit comme substance réellement antiseptique.

On peut du reste la produire à des états divers, depuis une sorte de carde grossière, jusqu'à un produit souple et doux comme de la soie. Elle est ordinairement présentée sous la forme de cardes roulées, mais je l'ai employée aussi sous la forme de plaques feutrées très commodes.

J'ai étudié la ouate de tourbe sur les quantités qui m'ont été remises par M. Redon en utilisant presque exclusivement les n°s 1 et 2, soit une carde grossière et une un peu plus fine. Depuis peu, l'administration m'en a pourvu largement.

J'ai commencé par chercher si la ouate de tourbe était absorbante et possédait en outre des propriétés, élasticité et douceur, permettant d'en faire un succédané de la ouate dégraissée. En même temps, on pourrait établir, dans une certaine mesure, ses propriétés antiseptiques.

Les premiers paquets de tourbe ont été employés à panser des malades atteints d'infiltration urineuse avec gangrène du périnée et des bourses, individus négligés en ville et chez lesquels l'état était lamentable. Ils ont été simultanément au nombre de quatre, empoisonnant le service de leurs émanations fétides.

Ces malades étaient pansés chaque matin et plus souvent encore, avec de la charpie trempée dans l'acide phénique et de la poudre antiseptique ; je les ai fait panser tous avec de la même poudre et la ouate de tourbe. J'ai pu voir que la tourbe absorbait infiniment mieux l'urine et le pus. Le lit était beaucoup moins mouillé. En outre, l'odeur était beaucoup moins mauvaise. Les infirmiers m'affirmaient que cette substance absorbait si bien l'urine, que cela simplifiait beaucoup le pansement de ces malades, et que les lits cessaient d'être inondés, bien que les pansements fussent renouvelés moins souvent qu'avec la charpie.

Cette substance, qui donnait dans des circonstances si défavorables des résultats aussi satisfaisants, devait être utile dans des cas meilleurs. J'en ai fait un essai très large comme complément de tous les pansements antiseptiques. On sait, en effet, que ceux-ci doivent être très étendus, serrés, complétés par des substances déterminant une sorte d'occlusion, et l'on a cherché dans la ouate, la ouate salicylée, l'étoupe, le jute, des agents complétant un pansement.

Depuis plusieurs mois, sans cesser d'employer le mode de pansement antiseptique auquel je suis accoutumé, gaze iodoformée, sachets d'une poudre antiseptique que j'ai indiquée, mackintosh,

j'ai complété partout mes pansements par une couche plus ou moins épaisse de ouate de tourbe.

Or, voici les résultats de cette pratique : on constate que cette substance est souple, se tasse, comble bien les vides, se moule bien sur les surfaces. A tous égards, elle remplace merveilleusement la ouate. Même l'élasticité en est meilleure, le tassement définitif en est beaucoup moins marqué.

Mais elle a sur la ouate des avantages immenses : elle s'imprègne des liquides qui coulent des plaies et les absorbe ; dans son intérieur, ces liquides ne se putréfient pas.

Il en résulte un grand bénéfice pour la durée du pansement ; cet avantage est si marqué que je n'ai pas craint de diminuer la quantité des topiques antiseptiques placés directement sur les plaies, de rétrécir le mackintosch, c'est-à-dire de laisser arriver plus facilement les liquides de la plaie jusque dans la gangue enveloppant le pansement antiseptique proprement dit. Même, avec cette disposition nouvelle, au lieu d'enlever un pansement au bout de quarante-huit heures, je l'ai laissé trois, quatre et cinq jours; au lieu de l'enlever au bout de quatre jours, je l'ai enlevé au bout de huit et dix jours.

Avec des plaies ayant déterminé une imprégnation considérable du pansement, les résultats ont été excellents ; l'asepsie de la plaie s'est conservée avec de la ouate de tourbe bien imprégnée de ces matières altérables. Elle s'est conservée même lorsqu'un épanchement de sang important s'était effectué dans la tourbe, et l'on sait que c'est là une des plus mauvaises conditions de l'asepsie.

Sur la tête d'un homme auquel j'avais extirpé seize loupes du cuir chevelu le même jour, quelques-unes des incisions donnèrent beaucoup de sang. Cependant le pansement, qui en était littéralement imprégné, resta quatre jours en place, l'asepsie fut absolument parfaite.

Sur une femme amputée du sein, il y avait eu un écoulement de sérosité extrêmement abondant. Cependant le pansement était resté quatre jours en place et rien ne manqua à la perfection de la réparation.

Je suis convaincu, d'après ce que j'ai vu, que la durée de l'application du pansement pourra être beaucoup prolongée, et c'est là ce que j'observe au cours de nouvelles expériences. Je viens par exemple d'enlever un fibrome sous-péritonéal, ce qui donne lieu à une plaie large et profonde dans laquelle j'ai laissé un tube à drainage. Mon premier pansement n'a été fait qu'au bout de neuf jours, le treizième jour au matin tout était fini.

Pour ma dernière amputation du sein avec extirpation de tous les ganglions de l'aisselle, placement de deux gros tubes, j'ai

laissé le pansement du jeudi au mercredi, soit six jours pleins, et malgré ce retard, l'état était des plus satisfaisants ce matin, sans trace de liquide purulent.

Enfin, dans quelques cas je me suis servi de la ouate de tourbe directement comme topique, soit en l'imprégnant d'eau phéniquée comme je le fais avec la charpie, soit en mettant d'abord de la poudre antiseptique, puis de la ouate de tourbe sèche. Dans ces deux cas j'ai eu de bons résultats.

J'agissais ainsi dans des cas où je ne tenais pas à la perfection de la réunion de petites plaies opératoires, ou bien après des ouvertures d'abcès plus ou moins volumineux. Dans ces cas, le résultat n'a pas trompé mon attente, et j'ai des observations excellentes d'abcès très volumineux se réparant très simplement avec suppression de la suppuration, et pour lesquels je mettais plusieurs jours d'intervalle entre les pansements. Je puis citer en particulier un immense abcès de la paroi thoracique, un abcès de la cuisse contenant environ un litre de pus, un abcès de la fosse iliaque.

On cherche sans cesse des matériaux de pansement nouveaux et simples et j'ai souvent travaillé dans ce sens. Jusqu'ici, ce que j'avais vu de plus intéressant avait été la charpie et la ouate de bois; mais j'ai renoncé depuis assez longtemps à cette substance, que j'ai trouvée irrégulière dans son action. En particulier, pour ce qui concerne la ouate de bois, j'ai trouvé tant de différences entre les fournitures que je l'ai laissée complètement de côté.

La substance dont je vous entretiens aujourd'hui me paraît présenter une grande supériorité sur toutes les substances que j'ai passées en revue, étoupe, jute, ouate imprégnée, ouate hydrophile.

Elle présente une première qualité qui est fort importante, elle est d'un prix peu élevé, qui n'arrive guère qu'à la moitié de celui de la ouate ordinaire : c'est là un point capital, car il permettrait son emploi en masses considérables.

A volume égal son poids est à peu près celui de la ouate.

Son principe absorbant est beaucoup plus considérable que celui de toutes les matières textiles. Cette absorption ne se produit pas d'un seul coup comme dans la ouate dégraissée dite hydrophile, mais elle se fait lentement. On le constate aisément au poids considérable que prennent les gâteaux de ouate mis en contact avec une plaie qui suinte beaucoup.

Par elle-même la substance est antiseptique. Aucun textile ne paraît jouir de cette propriété. Cette puissance antiseptique est facile à renforcer en imprégnant la ouate de tourbe de substances antiseptiques.

Bien que j'aie déjà employé de la ouate de tourbe préparée dans

ces conditions, je veux attendre de nouvelles expérienees plus prolongées pour vous en entretenir complètement.

La ouate de tourbe a-t-elle quelques inconvénients? Il y en a dont il faut tenir un certain compte :

1° La coloration brune de la ouate de tourbe n'est pas très agréable, surtout elle rend plus difficile la eonstatation de certaines taches;

2° La ouate de tourbe est un peu brisante et forme quelques miettes noires qui salissent les draps;

3° Ces miettes noires peuvent irriter un peu les lèvres d'une plaie; aussi je ne conseille pas de jamais mettre la ouate de tourbe immédiatement en eontact avec des lignes de sutures;

4° Sur la peau, la ouate de tourbe détermine quelquefois des démangeaisons; il est facile d'y remédier en enduisant les parties en contact avec de la vaseline antiseptique, ou en mettant du lint boriqué dans eertaines régions irritables.

Mais, ces petites réserves faites, eomme conclusion de cet exposé de mes recherches, je erois qu'il est possible d'affirmer que cette ouate de tourbe est appelée à rendre de grands serviees à la chirurgie.

De son emploi doit résulter une grande simplification dans l'applieation du pansement antiseptique.

La durée du pansement pouvant être prolongée, la situation des opérés en sera beaucoup améliorée.

L'économie peut jouer un rôle eonsidérable dans le traitement des blessés; on se plaint souvent des dépenses qu'oceasionnent les pansements modernes. Il y a là un élément très sérieux qui permettra de modérer ces dépenses, auxquelles beaucoup de gens ne prennent pas assez d'intérêt.

Il est probable que eette substance est appelée à jouer un rôle important dans la chirurgie d'armée. Au moins certains de nos confrères militaires en ont jugé ainsi, j'ai la ferme eonviction qu'ils ont eu raison.

Jusqu'à présent, j'ai tout lieu de penser que la ouate de tourbe ne saurait, même imprégnée, remplacer tous nos topiques antiseptiques. Le contact direct des plaies ne me paraît pas désirable, au moins pour toute chirurgie de grande perfection.

Jusqu'à nouvel ordre, je crois que l'interposition d'un pansement isolant, protecteur, d'une substance antiseptique directement en contact avee la plaie, suivi de l'enveloppement dans une gangue de ouate de tourbe constitue le pansement le plus parfait.

En un mot, la ouate de tourbe me paraît devoir remplacer à peu près complètement la ouate ordinaire, la ouate absorbante, la ouate

salicylée et même une partie des tissus antiseptiques qui complètent habituellement les pansements.

Partout où la suppuration est survenue, elle remplace avantageusement et très économiquement la charpie et la ouate.

Enfin, en dehors des pansements proprement dits, je crois que la ouate de tourbe peut recevoir une foule d'applications hygiéniques, matelas pour l'urine, coussins, réceptacles pour recevoir des matières nuisibles, qui seront brûlées ensuite, etc., etc.

Discussion.

M. Berger. J'ai également expérimenté la ouate de tourbe dans mon service; je trouve que cette substance est très utile pour appliquer par-dessus un autre pansement disposé directement sur la plaie opératoire.

Ordinairement ce premier pansement se compose de gaze iodoformée et de gaze de Lister.

Je trouve qu'elle absorbe bien les liquides, tandis que la ouate qu'on emploie ordinairement les conduit au dehors, du côté déclive.

En laissant ce pansement en place pendant cinq, sept et même huit jours, j'ai toujours trouvé une protection suffisante.

Mais cette ouate de tourbe présente plusieurs inconvénients.

Elle a une odeur désagréable.

Elle comprime moins bien que la ouate.

Quand les liquides l'ont traversée, on ne peut reconnaître le point où celui-ci se montre, car la trace de la souillure ne se voit pas aussi bien que sur la ouate. Elle s'effrite, et se casse en petits morceaux, qui tombent dans le lit des malades et leur procure des picotements désagréables.

Lorsque le malade sue, la tourbe se ramollit et la peau est colorée en brun, d'une façon tenace.

Enfin je prétends qu'on ne peut remplacer la balle d'avoine par cette substance, dans les coussins ordinaires, car elle se tasse mal, se déplace difficilement, ce qui fait qu'on ne peut donner au coussin la forme que l'on désire.

En résumé, je la trouve utile, quand il s'agit d'entourer une plaie ou des plaies qui fournissent beaucoup de liquide et d'une façon continue : phlegmons diffus et gangreneux, vastes abcès urineux, etc.

M. Trélat. Je n'ai pas d'expérience à propos de la ouate de tourbe. Cependant je conçois qu'on recherche pour les pansements une substance qui soit élastique, absorbante et d'un prix modique.

Or, je poursuis cette idée, de faire des pansements le plus rares possibles et je désire arriver à protéger assez mes plaies pour que la guérison soit parfaite lorsque j'enlève le premier pansement.

Je ne me sers plus du makintosh, qui empêche la diffusion des liquides dans le pansement, et conduit rapidement ceux-ci vers l'extérieur.

Mes pansements sont secs et ont pour base l'iodoforme et une substance absorbante.

M. Lucas-Championnière. Je répondrai à Berger que selon moi il exagère les inconvénients de la ouate de tourbe.

Les liquides, en la traversant, la colorent en un brun spécial, qu'on apprend à reconnaître avec l'usage et qui permet de voir le point où les liquides ont traversé le pansement. Quant aux sacs, je dirai que je préfère ceux qui sont remplis de sable; ils sont plus faciles à manier.

Je ne suis pas de l'avis de M. Trélat, au sujet des pansements rares. Mes essais m'ont prouvé que mes résultats sont meilleurs avec des pansements espacés convenablement.

Quand j'ai voulu laisser mes premiers pansements en place trop longtemps, j'ai eu quelques légers inconvénients.

Cependant depuis que j'emploie la ouate de tourbe, j'ai pu éloigner l'époque des pansements et me rapprocher de l'idéal rêvé par M. Trélat.

J'use toujours du makintosh, car j'ai des réunions parfaites avec son emploi.

M. Sée. Je prétends qu'avec les pansements secs et non renouvelés, dont j'ai déjà parlé ici, j'ai des résultats parfaits.

J'emploie de la cellulose préparée au sublimé, contenue dans des sachets, mais en petite quantité.

Ce traitement est très économique.

Mais il faut employer la bande de caoutchouc qui maintient parfaitement les pansements dans leur place primitive. La compression légère qu'elle exerce me semble très utile.

J'ai des réunions parfaites sans suppuration avec un seul pansement.

La ouate de tourbe, à raison de sa friabilité et de sa couleur, ne me semble pas un progrès.

Communication.

Remarques sur un nouveau procédé de néphrectomie transpéritonéale,

Par M. F. Terrier.

Je n'ai pas à insister ici sur les avantages ou les inconvénients de l'ablation du rein par la voie dite *abdominale,* comparée à la voie *extrapéritonéale* ou *lombaire.* C'est une question qui paraît résolue, au moins momentanément, par les statistiques opératoires. (*Thèse de Brodeur* 1886).

Toutefois, si, comme je le crois, on peut améliorer, perfectionner la méthode transpéritonéale, il est fort possible que ces résultats soient changés et que cette méthode devienne une méthode de choix, malgré tout ce qu'on lui a reproché, souvent sans l'avoir expérimentée, en s'appuyant sur des considérations théoriques plus ou moins classiques.

On sait d'ailleurs que la voie transpéritonéale est préconisée par Langenbuch et Thornton, et, quoi qu'on en ait pu dire, elle me paraît offrir de sérieux avantages, en particulier celui de pénétrer plus facilement jusqu'au rein malade, et d'arriver plus commodément à son hile.

Le grave inconvénient, c'est que, le rein enlevé, il reste, en arrière de la grande cavité péritonéale, une cavité qu'on peut appeler *rétro-péritonéale,* dans laquelle s'accumulent des liquides pouvant s'épancher dans le péritoine et déterminer l'irritation et peut-être l'inflammation de cette séreuse.

Aussi, le drainage postérieur de cette arrière-cavité est-il regardé comme d'une importance capitale. « Cette précaution me paraît *indispensable* après la néphrectomie transpéritonéale[1], » dit M. Le Dentu dans son très intéressant travail sur la technique de la néphrectomie. « C'est pour l'avoir négligé ajoute-t-il [2], que bon nombre de chirurgiens ont vu une suppuration septique envahir le foyer opératoire et gagner le péritoine. »

Le processus qu'indique ici M. Le Dentu serait sujet à revision s'il y a suppuration septique ; cela ne tient pas au procédé opératoire, mais à la manière de l'exécuter. Si le chirurgien prend toute les précautions antiseptiques et si la plaie n'est pas infectée, il n'y aura pas de suppuration septique et partant pas de péritonite septique à craindre.

[1] *Revue de chirurgie*, p. 115, 1886.

[2] *Loc. cit.*, p. 115.

Aussi, a-t-on vu après cette opération des chirurgiens faire la suture du péritoine au niveau et en avant du foyer traumatique sans que pour cela il y eût la moindre suppuration ultérieure rétro-péritonéale.

Ce sont d'heureuses exceptions, dit M. Le Dentu [1], je crois que cela doit fatalement résulter du *modus faciendi* et de l'asepsie du chirurgien.

Toutefois, admettant la possibilité de l'infection du foyer, par exemple par l'uretère enflammé et sectionné dans la plaie, il est certes plus prudent de laisser écouler au dehors les liquides qui peuvent sourdre des parois du foyer traumatique : d'où le drainage lombaire accepté par bien des chirurgiens ; d'où aussi, en même temps que le drainage, la suture du péritoine, recommandée par Spencel Wells, et qui me paraît absolument indiquée dans les cas où l'on pratique le drainage lombaire.

M. Le Dentu [2] a fait remarquer avec raison que cette suture n'est pas toujours possible par suite du manque de lambeaux péritonéaux, auquel cas il n'y a pas à discuter sur son opportunité; tandis que d'autres fois les lambeaux sont trop longs, et il faudrait exciser une partie du péritoine décollé, pour empêcher sa mortification. Ici encore cette mortification n'a aucune importance suivant nous, mais à la condition que les parties soient aseptiques; on sait que dans ces conditions, comme pour les pédicules des kystes ovariques, il se fait des greffes, et en tout cas il ne se développe pas d'inflammation septique. Mes idées sur ce point diffèrent donc notablement de celles qui sont admises par mon exeellent ami et collègue.

Mais nous restons d'aceord sur le point important : c'est-à-dire de faciliter l'écoulement des liquides qui s'exhalent du foyer traumatique rétro-péritonéal.

Or, faut-il pour cela toujours drainer par la région lombaire? Nous ne le croyons pas, et il est une autre manière de traiter la cavité rétro-péritonéale qui nous a semblé répondre absolument aux desiderata des opérateurs, c'est cette manière de faire que je vais essayer de vous exposer ici brièvement.

Nous l'avons mise deux fois en pratique, et une fois le résultat fut des plus satisfaisants. Le premier fait est relaté tout au long dans la thèse de M. Brodeur [3]; voici le résumé de l'opération :

Observation. I. — Incision parallèle au bord externe du muscle droit de l'abdomen (à droite); on arrive au péritoine et par transpa-

[1] *Loc. cit.*, p. 116.
[2] *Loc. cit*, p. 115.
[3] *Thèse de Paris*, obs. LXXXVII, p. 170. Paris, 1886.

rence on voit les vaisseaux qui sillonnent la tumeur. Ouverture du péritoine. On aperçoit alors nettement le rein malade, et en agrandissant l'ouverture de la paroi abdominale on reconnaît que le néoplasme est localisé à la moitié inférieure du rein. Le côlon ascendant est situé en arrière et en dedans de la tumeur.

Le feuillet péritonéal profond est incisé verticalement sur la tumeur et très nettement. Puis le rein est énucléé ; trois pinces courbes sont placées : deux sur des adhérences, la troisième sur le tube. Des fils de soie sont substitués aux pinces et le pédicule est pris par une ligature en X. Quelques ligatures sont placées sur des vaisseaux, et l'uretère est aussi lié à part.

Il reste alors une cavité sous-péritonéale se prolongeant surtout en haut, au-dessous du foie, et dont on aperçoit bien la profondeur en soulevant avec précaution, au moyen de deux pinces, les deux lèvres de la plaie abdominale [1].

Pour terminer l'opération, je pouvais suturer toute la plaie péritonéale profonde et faire ou non un drainage lombaire, ou bien « suturer les lèvres de la plaie péritonéalo profonde aux bords de la plaie abdominale [2] », en traînant la cavité rétro-péritonéale. C'est ce dernier parti que je pris.

« On réunit facilement, dit M. Brodeur, avec les points de suture de catgut fin, les deux lèvres de l'extrémité inférieure de la plaie péritonéale profonde, plaie qui, en ce point, correspond à la partie supérieure du côlon transverse, et avec trois points de suture l'extrémité supérieure de cette même plaie au-dessous du foie, de sorte qu'il reste un orifice de 4 à 5 centimètres de longueur, faisant communiquer la grande cavité péritonéale avec cette nouvelle cavité rétro-péritonéale. On suture alors avec sept crins de Florence le pourtour de cet orifice à la partie supérieure des bords de la plaie abdominale, dont l'extrémité inférieure est réunie par huit points de suture, aussi au crin de Florence. Il ne reste donc plus qu'un orifice immédiatement placé au-dessous du rebord des fausses côtes, au niveau de la vésicule biliaire, faisant communiquer avec l'air extérieur la cavité rétro-péritonéale qu'occupait la tumeur rénale. Deux gros drains adossés l'un à l'autre, en double canon de fusil, sont introduits dans cette nouvelle cavité, et le pansement est fait avec des tampons de ouate iodoformée directement appliquée sur la plaie, de la gaze phéniquée, un morceau de makintosch, une épaisse couche de ouate ordinaire et un bandage du corps de flanelle, bien serré [3]. »

Malheureusement, l'opérée succomba très rapidement à des phénomènes d'urémie, le deuxième rein étant aussi cancéreux. On ne fit le pansement qu'une seule fois, et il y avait eu un léger suintement sanguin par les tubes.

La seconde fois où je mis ce procédé en pratique est plus ins-

[1] *Loc. cit.*, p. 174.
[2] *Loc. cit.*, p. 174.
[3] *Loc. cit.*, p. 174 et 175.

tructive, en ce sens que la malade est actuellement en pleine voie de guérison et qu'il est possible de juger le *modus faciendi* que j'ai suivi, sur un résultat acquis. Voici ce second fait, que je relate complètement, car il est inédit.

Obs. II. — *Hydronéphrose du rein gauche. — Néphrectomie transpéritonéale. — Calcul dans l'uretère. — Guérison.* (Observation rédigée sur les notes de M. M. Péraire, interne du service.)

Angelina Truchy, femme Rabiet, demeurant à Paris, 15, rue Godefroy, me fut adressée, le 27 janvier 1887, à l'hôpital Bichat, par nos confrères MM. Tapert et Hamonic, afin de la débarrasser d'une tumeur abdominale de nature indéterminée.

Pour la première fois, il y a un an, cette femme se plaignit de pesanteurs siégeant dans la partie latérale gauche de l'abdomen. Bientôt le ventre se mit à grossir, et en trois mois il avait acquis les dimensions que présente l'abdomen d'une femme enceinte de six mois. La tumeur était plus saillante et plus douloureuse à gauche qu'à droite ; elle paraissait rénitente et fluctuante.

Le 31 janvier 1887, on fait une ponction exploratrice au niveau de la saillie gauche et on retire trois litres et demi d'un liquide purulent. Après cette ponction, le ventre diminua notablement de volume. Réglée à 17 ans, Mme R... se maria à 22 ans et eut cinq enfants, dont deux moururent en bas âge, l'un de bronchite, l'autre de diarrhée. Les couches furent toutes bonnes.

En 1875, la malade aurait eu des accidents péritonitiques (?) ; elle entra à l'Hôtel-Dieu et y resta quatre semaines.

Actuellement, la malade a conservé un certain embonpoint, bien qu'elle ait maigri, dit-elle, depuis six mois ; le facies est coloré et l'appétit reste conservé avec des digestions bonnes. L'abdomen, distendu surtout dans la région sus-ombilicale, offre les dimensions suivantes : circonférence à l'ombilic, un mètre ; de l'appendice xyphoïde au pubis, 39 centimètres ; de l'ombilic au pubis, 21 centimètres. De l'ombilic aux épines iliaques antéro-supérieures, à gauche, 24 centimètres et demi; à droite, 23 centimètres et demi. Ce qui est en rapport avec la saillie plus accusée de la tumeur du côté gauche.

Les téguments de l'abdomen sont couverts de vergetures, résultats des grosseurs antérieures ; l'ombilic est complètement déplissé.

A la palpation, on constate que l'hypocondre gauche est rempli par une tumeur fluctuante non bosselée et douloureuse à la pression, même légère. Matité complète en ce point, ainsi que dans le flanc gauche. Partout ailleurs, on obtient de la sonorité à la percussion.

Le foie présente ses rapports normaux et ne semble pas augmenté de volume.

La tumeur, qui paraît occuper la place de la rate, descend en bas jusqu'à la partie supérieure de la fosse iliaque gauche. Là on sent très nettement ses contours, qui semblent durs et solides.

Pas d'œdème des jambes ; les digestions sont excellentes ; constipa-

tion ; rien du côté des organes thoraciques (cœur et poumons). La malade urine 850 grammes en vingt-quatre heures : ces urines ne renferment ni sucre ni albumine.

Par le toucher vaginal on constate une rétroversion utérine accusée ; l'utérus est volumineux ; il existe une petite bride cicatricielle dans le cul-de-sac latéral gauche. Le col est assez largement ouvert.

En présence de ces phénomènes et du siège de la tumeur, on tend à soupçonner l'existence d'un kyste de la rate, kyste suppuré, sans qu'on puisse en indiquer la cause. Bien à tort, on ne croit pas devoir accepter l'existence d'une tumeur du rein. En tout cas, la laparotomie est décidée.

Opération le 15 février 1887, avec l'aide de mes amis et collègues MM. Périer, Berger et Brun. — Incision médiane sus- et sous-ombilicale de 10 à 12 centimètres de long, faite couche par couche et au bistouri. On arrive assez vite au péritoine, qui est sectionné avec le bistouri ; puis cette ouverture est agrandie en haut et en bas à l'aide de ciseaux mousses et on agrandit de la même façon l'ouverture abdominale. On aperçoit alors très nettement la tumeur, qui est située derrière le feuillet péritonéal tapissant la paroi postérieure de la cavité abdominale, et après exploration manuelle très facile on constate qu'il s'agit d'une tumeur du rein gauche, tumeur très volumineuse et occupant presque le quart de la cavité abdominale.

Le feuillet péritonéal recouvrant la tumeur fut sectionné nettement et de haut en bas, en ayant soin d'éviter les vaisseaux qu'il renfermait; puis les deux lèvres de cette section furent prises et maintenues par une série de pinces à pression.

Alors, on décolle peu à peu le péritoine de la face antérieure de la tumeur, en restant aussi près que possible de la surface.

Dans le but de diminuer le volume de la tumeur rénale, on fait une première ponction qui donne issue à environ deux litres de liquide clair et d'aspect urineux. Le décollement avec les doigts est continué peu à peu en bas et sur le bord convexe ; notons que l'ouverture faite par le trocart aspirateur est obturé à l'aide d'une pince à kyste ovarique.

Quelques vaisseaux de l'atmosphère celluleuse du rein, et qui donnent un peu de sang, sont saisis à mesure à l'aide de pinces à pression, puis liés avec un fil de soie trempé dans la solution de sublimé corrosif au 100°.

Le décollement est poursuivi en bas et en dehors, il faut le continuer en haut ; or, ici, les adhérences sont plus intimes et quelques vaisseaux lésés sont pincés et liés.

Une deuxième ponction est faite sur une poche fluctuante et l'on peut en retirer environ un litre de liquide puriforme. On obture encore avec une pince à kyste ovarique cette seconde ouverture faite par le trocart aspirateur.

Enfin, on fait une troisième ponction, qui évacue le contenu d'une poche, contenu séreux représentant à peu près un litre.

Le décollement de la tumeur, rendu plus facile par ces ponctions

successives, est poursuivi en haut et en dedans. On arrive alors près du hile, qu'on saisit avec une pince courbe (modèle Terrier). A ce moment, une artère rénale donne du sang; elle est saisie par une pince à pression et liée avec un fil de soie au sublimé.

L'uretère, volumineux, est dur et semble obturé, on le saisit aussi avec une pince courbe.

Une triple ligature, en chaîne, est placée sur le pédicule du rein, et une double ligature, toujours en chaîne, sur l'uretère.

Enfin la tumeur rénale peut être réséquée et enlevée.

La vaste cavité rétro-péritonéale qui résulte de l'enlèvement du rein polykystique est épongée avec soin, et l'hémostase y est assurée par des ligatures multiples. Puis, toutes les pinces placées sur les bords de la section du feuillet péritonéal profond sont amenées jusqu'au niveau de l'ouverture cutanée, si bien que cette cavité rétro-péritonéale reste absolument distincte de la grande cavité péritonéale.

On commence par fermer celle-ci de bas en haut par quatre fils d'argent profonds et quatre sutures superficielles au crin de Florence. En haut, les bords de la cavité rétropéritonéale sont suturés, toujours avec des fils d'argent, aux bords de la plaie abdominale. En dedans, cette suture côtoie une anse intestinale, appartenant au côlon transverse ou descendant; dix fils d'argent sont ainsi placés.

Enfin, dans cette cavité rétro-péritonéale, je plaçai deux gros drains roulés dans la poudre d'iodoforme et accolés l'un à l'autre en double canon de fusil.

Pansement direct avec la gaze iodoformée et la ouate iodoformée ; un pansement de Lister (gaze et makintosch) est placé au-dessus.

L'opération, faite avec les précautions antiseptiques et sous le spray, a duré une heure un quart.

Soir : T. 37°,4, P. 76, R. 26. Un peu d'anxiété.

16 *février*. La nuit, six vomissements aqueux. Glace, une injection sous-cutanée de morphine (1/2 centigramme de chlorhydrate). Urines en vingt-quatre heures : un litre avec 28 grammes d'urée par litre. La miction a eu lieu normalement. Gaz par l'anus.

Matin : T. 37°,8, P. 96, R. 24; soir : T. 37°,6, P. 98, R. 24. État satisfaisant. Glace et champagne.

17 *février*. 800 grammes d'urine en vingt-quatre heures. Une seule injection de morphine. État général bon. Lait et eau de Vichy.

Matin : T. 37°,6, P. 86, R. 22 ; soir : T. 38°,6, P. 94, R. 24.

18 *février*. 800 grammes d'urine en vingt-quatre heures. La malade prend un potage le soir.

Matin : T. 37°,6, P. 82, R. 22 ; soir : T. 37°,6, P. 80, R. 20. Même régime : lait, eau de Vichy, potages.

19 *février*. 900 grammes d'urines en vingt-quatre heures. Excellent état général.

Matin : T. 37°,2, P. 78, R. 20; soir : T. 37°,6, P. 74, R. 20. Même régime.

20 *février*. Tres bon état. Alimentation lactée surtout.

Matin : T. 37°,2, P. 74, R. 20 ; soir : T. 37°,4.

21 *février*. Premier pansement (6e jour), on enlève les quatre fils d'argent de la suture abdominale et on supprime un des drains.

T. matin, 37°; soir, 37°,2. Alimentation avec le lait et des potages.

22, 23, 24 *février*. Même état. La température varie de 37° le matin à 37°,6 le soir.

25 *février*. Deuxième pansement (10e jour); on enlève neuf fils d'argent fixant l'ancienne cavité péritonéale aux téguments, et on diminue de moitié la longueur du drain restant.

T. matin, 37°,4; soir, 37°,6.

26 et 27 *février*. Même état. La température a un peu monté et oscille entre 37°,4 le matin et 37°,8 le soir.

28 *février*. Troisième pansement (13e jour). Suppression du dernier drain.

T. matin, 37°,4; soir, 38°,4.

1er et 2 *mars*. La température reste un peu élevée : 37°,4, 38° et 38°,4.

La malade ne prend que du lait et n'a pas d'appétit.

3 *mars*. Quatrième pansement; on enlève un point de suture d'argent restant encore.

T. matin, 37°,4; soir, 38°,4.

4 *et* 5 *mars*. La température tombe entre 37°,2 et 38°,4. On donne du sulfate de quinine à la malade (0gr,50 par jour).

6 *mars*. Pansement. Un peu de pus au niveau de l'ouverture de l'arrière-cavité, qui paraît comblée par des bourgeons charnus.

T. matin, 38°,4; soir, 38°.

Du 7 *au* 10 *mars*. La température oscille de 37° à 38°,4. Il persiste de l'inappétence et du malaise.

11 *mars*. T. matin, 37°,6; soir, 39°. Le malaise a augmenté; un peu de soif.

12 *mars*. Pansement. On découvre un trajet fistuleux situé au côté externe de la cicatrice et en y introduit un petit tube à drainage de 10 centimètres de longueur. Du pus séro-sanguinolent, incolore, s'écoule de ce trajet.

T. matin, 37°,4; soir, 39°,2.

13 *mars*. On renouvelle le pansement, souillé de pus rougeâtre.

T. matin, 37°,6; soir, 38°,4.

14 *mars*. Pansement. T. matin, 37°,4; soir, 38°,4.

15 *mars*. La température reste au-dessous de 38°. Il s'écoule toujours du pus par le tube à drainage. L'état général est très bon.

Examen de la tumeur (note de MM. Hallé et Péraire, internes du service). — La tumeur enlevée est constituée par le rein gauche. Vidée, son poids est de 870 grammes. Le liquide résultant de trois ponctions est égal à 4 litres.

Ce rein se présente avec un aspect blanchâtre particulier.

Sa forme générale est à peu près conservée.

Sa partie supérieure est plus volumineuse que la partie inférieure, de sorte qu'elle forme la plus grande partie de la tumeur et qu'elle fait saillie en avant.

La longueur du rein est de 27 centimètres.

Sa largeur dans le sens transversal est de 17 centimètres.

Il existe une grande poche à la partie supérieure du rein, et deux systèmes de petites poches médianes, l'une en avant, l'autre en arrière, à la partie postérieure du rein. De plus on voit une poche inférieure beaucoup plus petite que les autres et beaucoup plus cloisonnée, absolument indépendante et qui contient du pus.

Le bassinet est entouré d'une capsule adipeuse, adhérente, formant une sorte d'énorme lipome. Du milieu du bassinet émerge l'uretère, présentant à sa coupe une épaisseur considérable et rempli par un magma blanchâtre, caséeux, adhérent.

A l'union de l'uretère et des bassinets se trouve un calcul branchu, noirâtre, adhérent sur toutes ses faces et oblitérant complètement l'uretère. Son volume est celui d'une noix.

Les vaisseaux sont nombreux au milieu du tissu graisseux et en avant de l'uretère. Les uns sont plus épais qu'à l'état normal, les autres présentent une sorte de gaine propre à chacun d'eux. En arrière, à la portion postérieure du bassinet, entre les sections vasculaires, se trouvent de petits ganglions absolument crétacés.

Examen histologique. — M. Hallé, interne du service, médaille d'or des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté de médecine, a révélé l'absence absolue de glomérule. Le calcul contenait du phosphate bicalcique, du carbonate et de l'oxalate de chaux.

Cette pièce anatomique nous a paru intéressante à plusieurs titres : d'abord à cause du volume énorme du rein, transformé en trois poches communiquant entre elles et pleines de liquide urinaire, tandis que la quatrième, celle qui était indépendante des autres, contenait du pus; ensuite à cause de la disposition particulière du vaisseau et de la surabondance de graisse entourant le bassinet et formant une sorte de lipome rénal.

L'examen de l'urine a présenté aussi son intérêt puisque le taux de l'urée, étant de 13 grammes par litre avant l'opération, est tombé à 8 grammes immédiatement après, puis est remonté à 28 grammes et même à 30 grammes le lendemain de l'opération et les jours suivants.

En fait, et pour nous en tenir au seul point visé par cette note, nous voyons que, sauf un trajet fistuleux qui pourra persister plus ou moins longtemps, la guérison est amenée, et cela après une néphrectomie transpéritonéale sans drainage lombaire.

Faut-il, comme on pourrait le prétendre, attribuer à cette absence de drainage l'abcès tardif qui s'est formé et qui a été l'origine de la fistule persistante actuelle, je ne le crois pas, et on ferait suivant moi une erreur de pathologie générale en donnant cette interprétation aux phénomènes observés

La chose est à la fois plus simple et plus complexe ; dans mon opération, après avoir énucléé la tumeur rénale et avoir saisi le

pédicule et l'uretère avec des pinces courbes, je me suis contenté de placer sur ce dernier une double ligature en X, puis de l'abandonner dans la plaie, après l'avoir bien nettoyé avec la solution phéniquée forte. Or, cette manière de faire est insuffisante très certainement, et voici pourquoi :

L'uretère lié est le siège d'une dilatation et d'une inflammation, il est contaminé par des microbes ; ceux-ci sont bien détruits par les lavages répétés avec la solution phéniquée forte, mais il n'en est pas de même des germes, qui à leur tour évoluent, peuvent déterminer des accidents inflammatoires et un abcès.

Dans notre fait, après l'opération, la température reste normale, ou plutôt au-dessous de 38° jusqu'au treizième jour (une seule fois le troisième jour, après une assez vive émotion, elle était montée à 38°,6 le soir). En présence de cette *athermie*, j'enlevai le dernier tube a drainage et je pus espérer une guérison rapide.

Mais dès le lendemain (14e jour) la température monte le soir au-dessus de 38°, et, pendant douze jours sans l'ombre de douleurs, cette température persiste, nous indiquant une suppuration profonde ; celle-ci est découverte le 12 mars, on place un drain, la suppuration séro-sanguine s'écoule facilement, et actuellement il n'y a plus d'accidents fébriles.

Il est bien certain que les germes de microbes renfermés dans l'uretère ont évolué silencieusement d'abord, pendant treize à quatorze jours, puis en déterminant des phénomènes inflammatoires et enfin un abcès, d'où les températures de 39 et 39°,2.

Quel enseignement à tirer de ce fait ? C'est qu'il ne faut pas abandonner comme je l'ai fait le pédicule de l'uretère dans la plaie, ou plutôt au fond de la plaie. On doit s'efforcer d'isoler l'uretère, de le séparer des tissus voisins et l'attirer au dehors en le fixant si faire se peut à la plaie abdominale. Du reste cette manière de faire n'est pas nouvelle et a été déjà conseillée par les chirurgiens, en particulier par Thornton [1]. Notre collègue M. Le Dentu [2] croit que cette manière de faire complique les choses inutilement, aussi ne la conseille-t-il que dans les cas faciles. Mais il ne parle que de la néphrectomie lombaire, et nous préconisons la néphrectomie transpéritonéale ; par conséquent les termes du problème sont tout autres.

D'ailleurs, en supposant qu'on ne puisse disséquer et isoler l'uretère, il faudrait se rappeler alors qu'il constitue une cause d'infection presque fatale, dont il faut tenir compte, et par consé-

[1] Clément Lucas, On surgical deseases of the Kidney, etc. (*Brit. med. Journal*, 1883).

[2] *Loc. cit.*, p. 25.

quent maintenir assez longtemps un tube à drainage d'un calibre modéré dans le foyer traumatique au fond duquel reste l'uretère lié et désinfecté mais incomplètement. Grâce à ce tube, s'il survient quelques phénomènes d'inflammation dus au développement des spores, il ne se formera pas d'abcès, le liquide purulent pouvant s'écouler au dehors. Peut-être même serait-il indiqué alors de faire dans le foyer des injections antiseptiques ; la chose n'a rien que de très logique.

En terminant, il nous paraît utile de résumer en quelques lignes le *modus faciendi* du nouveau procédé de néphrectomie que nous préconisons ici.

L'incision de la paroi abdominale antérieure peut être faite, soit sur le bord externe d'un des muscles droits de l'abdomen, soit sur la ligne médiane. Cela dépend surtout du volume de la tumeur rénale et de sa saillie plus ou moins accusée vers le bord du droit, ou bien vers la ligne médiane. Cette dernière incision est encore préférable au cas où le diagnostic n'est pas absolument certain.

La cavité péritonéale ouverte, on refoule du côté opposé à la tumeur les anses intestinales qui se présentent, et en particulier le gros intestin. Puis, en évitant les vaisseaux, on incise verticalement et bien nettement le feuillet péritonéal postérieur qui recouvre la tumeur. Cette section faite, il faut opérer avec deux ou quatre pinces à pression placées de chaque côté sur les lèvres de cette incision, les bien maintenir de façon à les retrouver intactes à la fin des manœuvres d'énucléation de la tumeur.

Cette énucléation est faite méthodiquement, soit avec les doigts, soit avec des instruments mousses et des pinces à pression sont appliquées sur les vaisseaux qui donnent. Il est bien entendu qu'à toute espèce d'instrument mousse nous préférons de beaucoup les doigts.

La tumeur est-elle formée par des parties kystiques ? il faut les ponctionner afin d'en diminuer le volume et d'en faciliter l'énucléation.

Arrivant au pédicule, on s'efforce de l'isoler et on y applique des pinces à pression ou des pinces courbes (modèle Terrier), puis on enlève la tumeur. Comme je l'ai dit, il serait prudent de chercher à isoler l'uretère afin de le disséquer et de l'amener à l'extérieur en bas de la plaie faite à la paroi abdominale ; mais ce point mérite d'être encore étudié et expérimenté avant de tracer une règle de conduite aux chirurgiens.

Les ligatures placées sur le pédicule vasculaire et sur les vaisseaux lésés, on éponge avec soin la cavité rétro-péritonéale occupée par la masse morbide. Il s'agit maintenant de traiter l'in-

cision péritonéale postérieure, dont les bords sont faciles à retrouver, grâce aux pinces à pression qui les maintiennent.

Si cette incision est trop longue, on peut, comme je l'ai fait dans ma première observation, la rétrécir en haut et en bas à l'aide de points de suture, soit avec de la soie aseptique, soit mieux avec du catgut.

Ceci fait, les bords de l'incision sont attirés au dehors et fixés aux bords de l'incision abdominale antérieure, préalablement rétrécie par des points de suture profonds, placés au-dessus et au-dessous de l'endroit où il est le plus facile de fixer les deux lèvres de l'incision péritonéale postérieure.

De cette façon, la grande cavité péritonéale est absolument close et isolée de la cavité rétro-péritonéale occupée jadis par la tumeur; et s'il s'exhale des parois de cette dernière une certaine quantité de sérosité, celle-ci peut facilement s'écouler à l'extérieur, grâce aux tubes à drainage qu'on introduit dans l'orifice suturé à la paroi abdominale antérieure.

Ces tubes, au nombre de deux et assez volumineux, peuvent être rendus antiseptiques, en les imprégnant de poudre d'iodoforme.

Un pansement avec la gaze iodoformée et la ouate iodoformée, recouvert de bandes de gaze phéniquée et de makintosh est ensuite placé sur l'abdomen et maintenu par une bande de flanelle et de la ouate phéniquée hydrophile.

Dans les cas où l'on a laissé l'uretère au fond de la plaie, il est prudent de maintenir plus longtemps les tubes à drainage. Il serait au contraire enlevé assez vite, vers le dixième ou douzième jour, si l'uretère a pu être attiré au dehors, ou bien encore si l'on peut le croire non infecté, ce qui est bien rare.

En résumé, nous conclurons :

1° Que la néphrectomie transpéritonéale doit être faite plus souvent qu'on ne l'indique, et surtout lorsqu'il s'agit d'enlever des tumeurs rénales volumineuses;

2° Elle permet d'énucléer plus facilement, et de mieux arriver au hile pour traiter les vaisseaux et l'uretère;

3° Cette opération n'est pas fatalement liée, comme on l'a dit, au drainage lombaire;

4° La suture des bords de l'orifice péritonéal de la cavité rétro-péritonéale avec ceux de la plaie abdominale antérieure est un moyen à utiliser dans ces cas;

5° Les drains qu'on place jusque dans le foyer traumatique rétro-péritonéal ne doivent pas être enlevés trop vite, surtout lorsqu'on n'est pas sûr de l'aseptie de l'uretère lié dans la plaie;

6° Il serait utile de chercher à attirer l'uretère au dehors pour le traiter spécialement. On pourrait aussi le fixer à la paroi abdominale antérieure.

Présentation de malade.

Plaie des nerfs. — Plaie intéressant les tendons de la face antérieure du poignet, les deux artères radiale et cubitale et les nerfs médian et cubital. — Suture des tendons et des nerfs. — Retour de la mobilité des doigts. — Perte complète de la sensibilité malgré la suture nerveuse,

Par M. Polaillon.

La jeune fille que je vais vous présenter est actuellement âgée de 17 ans. Il y a bientôt deux ans elle tomba contre une vitre qui se brisa, et un éclat de verre fit une plaie profonde à la face antérieure de son poignet droit.

L'accident était arrivé à une heure assez avancée de la soirée. On la transporta aussitôt à l'hôpital de la Pitié (salle Gerdy, n° 13), où l'hémorrhagie fut arrêtée. Le lendemain, à la visite du matin, je constatai que tous les tendons fléchisseurs des doigts étaient coupés, ainsi que les artères radiale et cubitale et les deux nerfs médian et cubital. La plaie était oblique de haut en bas et de dehors en dedans. Elle s'étendait depuis le bord cubital de l'avant-bras jusqu'à la partie supérieure de l'éminence thénar. Les bords de la peau étaient décollés et enroulés sur eux-mêmes.

Immédiatement on endormit la blessée et on appliqua la bande d'Esmarch. Je liai le bout supérieur de l'artère radiale. L'artère cubitale, dont l'hémostase était complète, n'eut pas besoin d'être liée. Je suturai successivement tous les tendons fléchisseurs avec des fils de catgut. Puis, arrivant aux nerfs, je lavai et avivai leurs bouts coupés, et je les suturai, aussi exactement que possible, avec deux fils de catgut fin pour le nerf médian et un seul fil de catgut pour le nerf cubital. La plaie cutanée fut ensuite réunie avec des fils d'argent. Pansement de Lister; enveloppement de ouate; immobilisation de la main dans une position fléchie sur l'avant-bras.

La réunion se fit par première intention.

Au bout de deux mois, la sensibilité n'était pas revenue dans le territoire des nerfs sectionnés. Les doigts étaient dans une attitude demi-fléchie et présentaient quelques mouvements de flexion.

Au bout de trois mois, des troubles trophiques commencèrent à se manifester à l'extrémité des doigts. Il survint au bout de chaque doigt comme un *mal blanc* qui suppura quelque temps. Tous les ongles tombèrent, à l'exception de l'ongle du pouce. La main et l'avant-bras étaient sensiblement atrophiés.

On soumit la malade à l'électrisation par des courants continus qui améliorèrent l'atrophie.

Peu à peu les doigts recouvrèrent leur mobilité. Actuellement leurs mouvements de flexion et d'extension sont complètement revenus. Les muscles de l'éminence thénar restent atrophiés, et le pouce s'oppose assez difficilement aux autres doigts. La force avec laquelle la main saisit les objets est notablement moins grande à droite qu'à gauche. Le dynamomètre marque 10 kilos à droite et 30 kilos à gauche. Les mouvements du poignet sont limités, surtout dans l'extension, et sont un peu douloureux.

La jeune fille ne se sert plus de sa main droite pour écrire ni pour coudre; mais elle lui est très utile pour un grand nombre d'ouvrages.

L'atrophie de l'avant-bras n'existe plus. Les troubles trophiques ont disparu. Les ongles ont repoussé. Ils sont lisses et bien conformés, mais un peu plus épais et plus incarnés que du côté sain. La main droite est toujours plus froide que la gauche. Sa couleur est normale, et on n'y voit ni durillon ni ulcération.

Mais j'appelle surtout l'attention sur la sensibilité de la main. J'ai dit que, deux mois après la suture des nerfs médian et cubitale, la sensibilité n'était pas revenue dans les parties où ces nerfs vont se distribuer. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis un an et demi, le retour de la sensibilité n'a fait aucun progrès.

Actuellement, la sensibilité est parfaite au-dessus de la cicatrice du poignet; au-dessous, sur la face palmaire de la paume et des doigts, elle est complètement abolie, sauf à l'éminence thénar, où elle est seulement diminuée. Mon interne, M. Legrand, a constaté que, sur l'avant-bras, la malade distingue le contact de deux pointes avec un écartement minimum, de 20 millimètres ; sur l'éminence thénar, elle ne sent qu'un seul contact, avec un écartement de 40 millimètres ; sur la paume de la main et sur la face palmaire des doigts, la sensation est nulle.

A la face dorsale de la main, la sensibilité existe partout, sauf sur la phalangette et la moitié inférieure de la phalangine. Les deux pointes sont perçues, avec 30 millimètres d'écartement sur la partie médiane , avec 25 millimètres sur le bord cubital, et avec 12 millimètres sur le bord radial et dans la région de la tabatière anatomique. Quel que soit l'écart, la malade ne peut sentir les deux pointes sur le dos de la première phalange des doigts.

La sensibilité thermique, étudiée aussi par M. Legrand, a donné les résultats suivants. Une cuiller chauffée par de l'eau très chaude et appliquée sur la face palmaire n'est pas sentie ; elle détermine seulement, au dire de la malade, une sensation d'agacement dans les doigts. Un objet froid n'est pas plus senti qu'un corps chaud.

Sur le dos de la main, la sensation de la chaleur est intacte.

Enfin je ferai remarquer, en terminant, qu'il se produit une douleur assez vive lorsqu'on comprime la cicatrice au niveau des points où le nerf médian et le nerf cubital ont été suturés. C'est même à cause de cette douleur que la malade est venue me retrouver à la Pitié.

Je présente cette malade comme un exemple dans lequel la suture des deux nerfs, qui donnent la sensibilité à la face palmaire de la main, n'a pas été suivie du retour de la fonction, même après un délai d'environ deux années. Ces nerfs ayant été coupés tous les deux, il n'a pu s'établir entre eux aucun phénomène de suppléance. Aussi l'insensibilité est absolue. Il faut en conclure, ou que la suture n'a pas réussi, ou que la sensibilité ne revient pas toujours après le rétablissement de la continuité du nerf.

Discussion.

M. Tillaux. Si la réunion primitive pratiquée par M. Polaillon n'a pas réussi, il faut pratiquer la réunion secondaire ainsi que je l'ai fait plusieurs fois avec succès. Il faut aller rechercher les deux bouts des nerfs médian et cubital, les aviver et les réunir avec un fin catgut. Dernièrement, j'ai fait cette opération secondaire pour le médian, et aussitôt j'ai vu revenir la sensibilité.

M. Lannelongue. Il faudra examiner avec soin la sensibilité, avec le compas d'épaisseur et autres moyens. Je proposerai même de faire examiner le malade, avant et après l'opération que pratiquera M. Polaillon, par des physiologistes. Il y a là une occasion de trancher la difficulté qui sépare quelques-uns d'entre nous, surtout les chirurgiens et les physiologistes, ceux-ci ne voulant pas admettre cette réapparition rapide de la sensibilité. Ils croient à des phénomènes de suppléance qui trompent les explorateurs ordinaires.

M. Kirmisson. Ce fait est d'autant plus important que si, après la réunion secondaire des deux nerfs, la sensibilité reparaissait on ne pourrait admettre la théorie de la suppléance.

Je sais bien que le radial reste, mais il n'a pas d'influence sur la face palmaire des doigts. Il ne donne des rameaux sensitifs qu'aux faces dorsales. La suppléance ne pourrait donc exister que sur le bord des doigts, mais non sur la pulpe.

Communication.

M. Largeau présente une observation de : *grossesse extra-utérine datant de quatre ans, formant un kyste remontant à l'ombilic ; laparatomie secondaire ; guérison.*

Ce travail est renvoyé à une commission (M. Perrier, rapporteur.)

Présentation de pièce.

M. Trélat présente une pièce anatomique montrant l'état de réparation de la région du canal crural quarante-quatre jours après une opération de kélotomie suivie des manœuvres de cure radicale.

Cette pièce appartient à une femme de 44 ans, opérée, le 27 janvier dernier, par M. Barette, mon chef de clinique à l'hôpital de la Charité, d'une hernie entéro-épiploïque du volume d'un gros œuf de poule. Après la réduction de l'intestin, il fit la dissection des adhérences épiploïques anciennes, et la résection de 60 grammes d'épiploon après ligature à l'aide de deux fils de catgut croisés. Dissection du sac, ligature au catgut dans le canal crural, application de trois points de suture perdue, au catgut, sur l'orifice de ce canal, de façon à le fermer à l'aide de lambeaux ablateurs dépendant du fessier pitriformis. La pièce montre du côté de l'abdomen une cicatrice péritonéale étoilée, lisse, non déprimée ; les tractus qui forment l'étoile sont parcourus par de très fins vaisseaux. Au centre adhère une petite bride épiploïque. Le tissu cellulaire sous-péritonéal perd son tissu adipeux au voisinage de la cicatrice, adhère au péritoine au niveau de celle-ci, et prend lui-même l'aspect cicatriciel. Du côté de la peau, le tissu cellulo-fibreux qui ferme l'orifice crural, ancien passage de la hernie, présente une continuité parfaite avec des brides qui remplissent le canal lui-même et qui forment une sorte de noyau cicatriciel peu épais mais qu'on ne peut refouler ni vers l'abdomen, ni de haut en bas. On ne trouve aucun vestige des trois points de suture perdue au catgut, ni de la ligature du sac. Sur le bord du grand épiploon, noyau blanc cicatriciel un peu allongé ; trace de la ligature avant la réunion.

Discussion.

M. Lucas-Championnière. Dans la hernie crurale le temps qui consiste à obturer aussi exactement que possible l'orifice fibreux est

facile. Mais dans la hernie inguinale cela est plus difficile, et demande une dissection plus attentive du sac. Aussi, après Socius (de Bâle), j'insiste sur ces détails et sur leur importance.

Présentation de pièces,

Par le Dr Bouilly.

Hémato-salpingite. — Fibrome utérin ; ablation des annexes.

Il s'agit d'une femme de 43 ans dont l'histoire peut se résumer en quelques mots : à la suite d'un accouchement, à l'âge de 17 ans, elle eut des phénomènes de péritonite dont elle ne se remit que lentement, et depuis cette époque elle n'a jamais eu de grossesse.

Il y a trois ans sans cause connue elle eut à nouveau des accidents abdominaux qui furent qualifiés de péritonite, et à la suite desquels elle souffrit presque constamment de l'abdomen.

Enfin elle entra à la Pitié au mois de septembre dernier pour des métrorrhagies incoercibles.

M. Hutinel reconnut que cette femme était atteinte d'un fibrome utérin et dirigea le traitement contre les métrorrhagies; l'ergotine fut largement administrée sous ses diverses formes, soit à l'intérieur, soit en injections sous-cutanées.

Les résultats furent très médiocres, et même l'administration de l'ergotisme détermina des phénomènes pseudo-paralytiques des membres supérieurs.

La malade me fut adressée à la maternité par M. Hutinel. dans un état d'anémie très prononcée, avec des métrorrhagies presque continuelles et des douleurs abdominales vagues, surtout marquées dans les fosses iliaques.

L'examen confirma la présence d'un fibrome utérin augmentant en masse le volume de l'utérus, descendant dans le petit bassin, emprisonnant la vessie et surtout le rectum, et se prolongeant à droite dans le ligament large.

La malade fut soumise aux injections vaginales chaudes, et le 20 février un attouchement de la muqueuse du col fut pratiqué avec un petit tampon imbibé de perchlorure de fer à 30°.

Cette petite manœuvre fut suivie pendant deux jours d'une élévation de température à 39° et ne donna aucun résultat contre les métrorrhagies.

Je me décidai donc à hâter la ménopause chez cette femme en faisant l'ablation des annexes de l'utérus, entraîné surtout par cette idée que ces annexes étaient chroniquement enflammées et que leur lésion pouvait favoriser les méthrorrhagies. Je m'attendais à des difficultés du côté droit à cause de l'invasion du ligament large par la masse fibromateuse.

L'opération fut pratiquée hier 15 mars.

La laparotomie me permit de reconnaître : 1° la présence d'un fibrome augmentant en masse, et d'une manière régulière, le volume de l'utérus, d'un prolongement dans le ligament large droit ; 2° la confusion des parties de ce côté, au point qu'après quelques recherches j'abandonnai l'ablation des annexes du côté droit ; 3° du côté gauche une tumeur formée par la trompe et l'ovaire.

La trompe présente la lésion la plus caractérisée de l'hémato-salpingite.

Elle est transformée en un gros cylindre, du volume du pouce, ayant l'apparence d'une muqueuse gorgée de sang. Les deux orifices sont fermés hermétiquement sans qu'il y ait tendance à l'évacuation du contenu sanglant de la trompe dilatée. Sa paroi est extrêmement mince et sa fragilité fait comprendre la possibilité d'une rupture spontanée et d'un épanchement sanguin dans l'abdomen. Cette trompe est adhérente à l'ovaire pas des tractus fibreux anciens. L'ovaire lui-même est dur, scléreux, chroniquement enflammé.

Toutes ces parties sont enlevées et l'abdomen est refermé après un lavage du sang à l'eau bouillie.

Je tiendrai plus tard la Société au courant des résultats de cette opération et d'autres analogues que j'ai pratiquées dans ces derniers temps.

Les suites sont extrêmement simples en général, et dans ce cas particulier elles s'annoncent comme devant être très favorables.

Présentation d'instrument.

M. Lucas-Championnière, au nom de M. Ovion (de Boulogne), présente une modification qui permet d'enlever facilement les appareils silicatés. Il consiste dans l'application, au-dessus de l'appareil, d'un fil de fer qui sert à couper l'appareil en se servant de ce fil à la façon d'une scie.

La séance est levée à 5 heures 15 minutes.

Le Secrétaire,

Terrillon.

Séance du 23 mars 1887.

Présidence de M. Lannelongue.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° *Journal and procedings of the royal Society of new south wales for* (1885);

3° M. le Dr Delens s'excuse de ne pouvoir assister à la séance;

4° *Considérations sur l'action des eaux thermales de Barèges dans la tuberculose osseuse*, par le Dr Grimaud, inspecteur des eaux (Commissaire : M. Reclus);

5° *Un coup de poing malheureux; procès criminel devant le siège de l'ancienne amirauté de Vannes, en* 1724, par le Dr de Closmadeuc (de Vannes), membre correspondant;

6° *Études expérimentales et cliniques sur la tuberculose*, publiées sous la direction de M. le professeur Verneuil (1887, 1er fascicule);

7° *Observation de luxation postéro-latérale de la phalangine du médius sur la phalange, avec complication de plaie articulaire à la face palmaire*, par le Dr Mabboux, médecin-major (Commissaire : M. Chauvel);

8° *Papillome de l'ombilic; ligature élastique; guérison*, par le Dr Bousquet, professeur suppléant à l'École de médecine de Clermont-Ferrand (Commissaire : M. Terrier);

9° *Note sur un nouveau mode d'évacuation de l'urine dans les cystotomies sus-pubiennes; uréthrotomie externe avec cathétérisme rétrograde*, par le Dr Defontaine (du Creusot) (Commissaire : M. Terrier);

10° M. le Dr Prengrueber se porte candidat à la place de titulaire vacante.

A propos du procès-verbal.

Suture secondaire du nerf médian.

M. Tillaux. Dans la dernière séance, j'ai engagé notre collègue M. Polaillon à pratiquer sur une malade qu'il nous présentait la suture secondaire du nerf médian, et j'ai fait allusion à un cas récent qui me paraît ne pas devoir laisser de doutes dans l'esprit des chirurgiens et des physiologistes. Voici ce fait, que je livre sans autre commentaire, tel qu'il a été rédigé par M. Guillet, interne du service.

Le nommé Mouchel (Paul), âgé de 33 ans, artificier, entre à l'Hôtel-Dieu le 6 janvier 1887, salle Saint-Côme, n° 6 *bis*.

En septembre 1883, le malade a été victime de l'accident suivant : il se trouvait sur un toit, lorsqu'il perdit l'équilibre. Pour ne pas tomber, il brisa avec la main droite une tabatière en verre et passa l'avant-bras à travers le carreau brisé. A ce moment, il perdit une certaine quantité de sang, et remarqua qu'il avait une plaie profonde à l'avant-bras droit.

Transporté immédiatement dans un hôpital, on se contenta de faire l'hémostase de la plaie et d'appliquer un pansement. Pendant trois semaines qu'il resta à cet hôpital, on n'explora point la sensibilité de la main droite; mais déjà les mouvements de l'index et du médius de cette main étaient difficiles.

Au bout de ce temps, le malade fut envoyé à Vincennes, où on constata que la sensibilité de l'index et du médius droits avait disparu. Le malade, autant qu'il peut en juger, croit que l'anesthésie siégeait aux mêmes points qu'actuellement et qu'elle n'était pas plus étendue. Les mouvements de ces doigts, très gênés alors, revinrent un peu sous l'influence de l'électricité.

Sorti de Vincennes après un séjour de treize jours, le malade est rentré chez lui, où il est resté quinze jours au repos. Puis il a repris ses occupations peu à peu, mais très péniblement.

Depuis cette époque, l'usage de la main droite est toujours resté assez pénible; c'est ainsi que le maniement du marteau lui est difficile et qu'il se sert, pour le saisir, surtout du pouce, de l'annulaire et du petit doigt, l'index et le médius ayant perdu une grande partie de leur force. Le malade a remarqué aussi qu'à la fin de sa journée il ressentait des douleurs assez vives au niveau de la cicatrice de l'avant-bras et le long du bras correspondant. Il lui est également difficile de saisir entre le pouce et l'index droits un objet peu volumineux; la sensibilité de ce dernier doigt ayant disparu, il laisse tomber l'objet saisi, sans s'en douter. Plusieurs fois aussi, il lui est arrivé de se brûler l'extrémité de l'index et du médius droits, sans ressentir la moindre douleur.

Depuis l'accident, il ne s'est produit aucune amélioration notable.

État actuel, 6 janvier 1887. — La main droite est peu déformée; il existe cependant une légère atrophie de l'éminence thénar; en outre, l'index et le médius présentent une déformation de leur dernière phalange; celle-ci est renflée en massue. (Le médius a subi un traumatisme, ce qui pourrait expliquer cette déformation; mais l'index n'a jamais été contus.) Les ongles correspondants sont hypertrophiés et offrent des rainures verticales. La peau est épaissie sur les deux dernières phalanges du médius et de l'index; elle a sa coloration normale. La température est sensiblement abaissée sur ces deux doigts, et la sécrétion sudorale semble être diminuée à leur surface.

A la face antérieure de l'avant-bras droit, vers sa partie moyenne et sur la ligne médiane, qu'elle déborde en dehors, se voit une cicatrice arrondie un peu gaufrée. Cette cicatrice répond au tendon du grand palmaire. Quand on presse à son niveau, on détermine des fourmillements dans la main; mais on ne sent pas de névrome douloureux. Du reste, la pression est douloureuse sur tout le trajet du nerf médian situé au-dessous de la cicatrice, et cette pression détermine sur tous les points de son trajet des fourmillements dans la main.

M. le Dr Laborde, chef des travaux physiologiques de la Faculté, fut prié de constater lui-même l'état de la sensibilité et de la motilité. Les schéma ci-joints furent exécutés sous la direction de M. le Dr Poirier, agrégé d'anatomie et de physiologie, également présent à l'examen.

Sensibilité. — 1° *A la douleur.* Face antérieure du pouce : au niveau de l'éminence thénar, sensibilité intacte; au niveau de la première phalange, sensibilité très légèrement diminuée; au niveau de la deuxième phalange, sensibilité sensiblement diminuée.

Face antérieure de l'index : au niveau de la première phalange, sensibilité diminuée; au niveau de la deuxième phalange, sensibilité très diminuée; au niveau de la troisième phalange, sensibilité abolie.

Face antérieure du médius : au niveau de la première phalange, sensibilité diminuée; au niveau de la deuxième phalange, sensibilité très diminuée; au niveau de la troisième phalange, sensibilité abolie:

Face antérieure de l'annulaire et du petit doigt : sensibilité intacte.

Il en est de même dans la moitié interne de la paume de la main; la sensibilité est, au contraire, un peu diminuée dans sa moitié externe.

Face postérieure du pouce : sensibilité intacte.

Face postérieure de l'index : au niveau de la première phalange, sensibilité intacte; au niveau de la deuxième phalange, sensibilité très diminuée; au niveau de la troisième phalange, sensibilité abolie.

Face postérieure du médius : au niveau de la première phalange, sensibilité intacte; au niveau de la deuxième phalange, sensibilité très diminuée; au niveau de la troisième phalange, sensibilité abolie.

Face postérieure de l'annulaire et du petit doigt : sensibilité intacte.

Face dorsale de la main : sensibilité intacte;

2° *A la température.* La sensibilité au froid et à la chaleur présente des modifications en rapport avec celles qu'offre la sensibilité à la douleur;

3° *Au contact.* Les modifications de la sensibilité sont les mêmes;

4° *A la pression.* Cette sensibilité est conservée partout; elle est même exagérée au niveau des parties qui ont perdu les autres modes de sensibilité;

5° *Aux deux pointes.* Cette sensibilité, intacte sur la moitié interne de la paume de la main, est diminuée au niveau de l'éminence thénar.

Face antérieure du pouce : première phalange, sensibilité diminuée; deuxième phalange, sensibilité abolie. Le malade ne sent qu'une pointe.

Face antérieure de l'index : première phalange, sensibilité abolie. Le malade ne sent qu'une pointe; deuxième et troisième phalanges, sensibilité abolie. Le malade ne sent rien.

Face antérieure du médius : première phalange, sensibilité abolie. Le malade ne sent qu'une pointe; deuxième et troisième phalanges, sensibilité abolie. Le malade ne sent rien.

Face antérieure de l'annulaire et du petit doigt : sensibilité intacte.

Face dorsale du pouce : sensibilité intacte.

Face dorsale de l'index : première phalange, sensibilité intacte; deuxième phalange, sensibilité abolie, le malade ne sent qu'une pointe; troisième phalange, sensibilité abolie. Le malade ne sent rien.

Face dorsale du médius : mêmes modifications.

Face dorsale de l'annulaire et du petit doigt : sensibilité intacte.

Motilité. — Les mouvements du pouce, de l'index et du médius de la main droite sont possibles; le pouce et le médius peuvent être fléchis dans la paume de la main; le pouce peut être amené en regard du petit doigt; mais ces trois doigts ont sensiblement perdu de leur force et, quand l'observateur ordonne au malade de serrer fortement sa main avec la sienne, il peut la retirer facilement, ce qui n'arrive pas du côté opposé. Au dynamomètre, il y a une différence de moitié (40 kilog. au lieu de 20) entre le côté sain et le côté malade.

L'excitabilité musculaire aux courants d'induction a persisté à l'éminence thénar, mais le malade accuse moins de douleur à droite qu'à gauche.

Opération le 17 *janvier.* — Incision sur la ligne médiane de l'avant-bras, au niveau de la cicatrice.

Bout supérieur du nerf renflé en olive; de ce bout central partait un petit filet blanc sous forme d'une légère toile, qui conduisit sur le bout inférieur, bien moins volumineux, effilé. Les deux bouts du nerf sectionné étaient séparés par un intervalle d'environ 3 à 4 centimètres.

Section portant non pas au niveau du collet du névrome, mais plus bas, près de son extrémité; ablation du petit pont nerveux intermédiaire et avivement du bout inférieur, dans un point qui paraissait normal.

Rapprochement des deux bouts au moyen d'une suture au crin de Florence, faite selon les règles connues.

Puis suture de la peau, drainage et application d'un appareil en coton maintenant la main fortement fléchie sur l'avant-bras.

L'opération a été faite à sec, grâce au tube Esmarck.

Suites de l'opération. — Le malade a pu être examiné trois heures après l'opération. Il sentait ses doigts, selon son expression, et l'examen de l'index et du médius a permis de constater le retour de la sensibilité à une pointe et aux deux pointes sur ces doigts. Ce résultat a été confirmé par M. Laborde, qui avait assisté d'ailleurs à l'opération.

L'appareil est resté en place quinze jours; la plaie s'est réunie par première intention, et le malade est sorti de l'hôpital environ un mois après l'opération, commençant à se servir de ses doigts.

Je revois le malade le 14 mars; la sensibilité est égale des deux côtés, et le malade se sert aussi bien de la main droite que de la main gauche.

Rapport

Sur une observation de lymphangiome de la cuisse opéré et guéri, lue à la Société de chirurgie, par M. Nélaton.

Rapport par M. Théophile Anger.

Messieurs, dans ces dernières années, les observations de lymphangiome se sont multipliées et ne sont plus une curiosité pathologique venue de Maurice ou du Brésil. Il y a vingt ans, je signalais le premier cas observé en France sur un Parisien mort en 1871. Depuis lors, les journaux scientifiques nous apportent chaque année de nouveaux cas. Qu'il nous suffise de citer les noms de Wegner, Verneuil, Kocher, Klebs et Petters, Nepveu, Chadwick (de Boston), Péan, Georgewith, etc., qui tous ont publié des faits d'ablation de lymphangiome.

La prescription opératoire que j'avais promulguée en 1867, après les exemples malheureux d'Amussat, de Nélaton, de M. Trélat, doit être rapportée, et je me hâte d'ajouter que je m'en réjouis. Nélaton père serait le premier à pardonner à son fils d'avoir été plus osé, ou tout au moins plus heureux que lui.

Une jeune fille de 17 ans, née à Angerville, de parents français, entre à l'hôpital Cochin, le 20 juillet 1885. Elle porte dans la région crurale droite une tumeur du volume du poing, siégeant à 4 travers de doigt au-dessous de l'arcade crurale. Allongée transversalement du bord interne au bord externe de la cuisse, elle mesure 7 centimètres dans le sens vertical; son relief est nettement accusé.

La peau qui recouvre la tumeur offre quelques particularités intéressantes : c'est d'abord un développement notable des poils disséminés à sa surface; puis, par places, une coloration violacée due à des veinosités nombreuses; mais ce qui frappe le plus, ce sont de petites

élevures grosses comme des grains de millet, groupées ou isolées à la surface de la tumeur; elles ne sont point transparentes; à leur sommet, on voit se dessiner un fin capillaire sanguin.

La peau est adhérente à la tumeur sous-jacente, et lorsqu'on cherche à la plisser, on voit se produire l'aspect de *la peau d'orange*. Toute cette masse a la consistance d'un lipome. Elle donne la sensation de fausse fluctuation et présente, par places, des nodosités résistantes.

Sa réductibilité est presque nulle. La compression de la veine fémorale à la racine de la cuisse ne la fait pas augmenter de volume; aucun souffle à l'auscultation.

Le développement de cette tumeur avait été lent, puisque, dès l'âge de 7 ans, les parents de la jeune fille avaient remarqué la présence d'une petite grosseur siégeant à la racine de la cuisse.

Jusqu'à 13 ans, la tumeur était restée du volume d'une noisette; mais au moment de la menstruation, elle avait acquis les dimensions d'un œuf de poule.

Enfin, depuis quelques mois, des phénomènes importants s'étaient produits. La jeune fille était entrée comme domestique dans une place où elle se fatiguait beaucoup ; la tumeur, en l'espace de deux mois, avait triplé de volume. Le membre inférieur droit était lourd, douloureux.

M. Nélaton avait porté le diagnostic d'angiome caverneux. Était-il possible d'arriver au diagnostic exact? je le crois, et je pense que M. Nélaton père fut parvenu à démêler la nature de cette tumeur en suivant un précepte que je l'ai entendu souvent formuler pendant que j'étais son interne :

« Toutes les fois, nous disait-il, que, dans l'examen d'une tumeur, vous rencontrerez un signe anormal, attachez-vous à lui ; il vous conduira presque toujours à la vérité. »

Quel était le signe anormal dans le cas actuel? La présence de petites élevures disséminées à la surface de la peau. Il est probable qu'il eût suffi d'en piquer une pour qu'il s'en écoulât, non du sang, mais de la lymphe. Mais, si je me souviens bien, ces petites élevures ressemblaient beaucoup plus à des dilatations de capillaires sanguins qu'à des dilatations lymphatiques, et c'est là sans doute la raison qui fit dévier le diagnostic de M. Nélaton vers l'angiome.

A propos du diagnostic, M. Nélaton insiste sur le phénomène de peau d'orange que présentait la tumeur lorsqu'on la pressait entre les doigts. J'avoue que ce signe ne me paraît pas avoir l'importance qu'y attache notre jeune confrère. J'ai rencontré plusieurs fois ce signe à la surface de lipomes non enkystés, et je ne vois pas le lien qui le rattache aux lymphangiomes.

M. Nélaton opéra sa malade le 4 août 1885.

Dans la crainte d'une abondante effusion de sang, il appliqua la bande d'Esmarch, et circonscrivit la tumeur par une incision elliptique. Il arriva assez facilement à dégager en haut, en bas et sur les côtés une masse d'apparence lipomateuse.

La tumeur adhérait plus fortement aux parties profondes et se pro-

longeait vers les vaisseaux fémoraux. De l'incision s'écoula une grande quantité d'un liquide limpide, transparent, qu'on voyait sourdre des aréoles multiples dont se composait la tumeur, et de deux ou trois gros vaisseaux lymphatiques dilatés, et du volume d'une plume à écrire. Une ligature fut jetée sur chacun de ces gros troncs lymphatiques, et la tumeur put être détachée complètement.

Après l'enlèvement de la bande d'Esmarck, aucun écoulement sanguin ne se produisit. La plaie fut lavée avec la liqueur de van Swieten, puis drainée et suturée sans difficulté.

La tumeur enlevée était constituée par un stroma fibro-adipeux circonscrivant une multitude de vacuoles remplies de lymphe.

Les suites de l'opération furent des plus simples jusqu'au 10e jour. Alors la température monta subitement à 40°. La malade se plaignit de mal de tête, de malaise général, de douleur au niveau des ganglions sous-maxillaires, prodromes d'un érysipèle qui apparut le lendemain : cet érysipèle dura huit jours. Pendant ce temps, la plaie de la cuisse continua de marcher vers la cicatrisation.

Le 29 août, la plaie était cicatrisée, la malade put se lever, et elle quitta l'hôpital quelques jours après.

Cette jeune fille a été suivie depuis qu'elle est sortie de l'hôpital. Elle n'éprouve aucune gêne pendant la marche, et elle peut danser toute une nuit, sans éprouver ni pesanteur ni souffrance dans la cuisse.

La cicatrice est restée parfaite, et cependant autour d'elle on voit encore une dizaine de petites élevures analogues à celles que j'ai signalées au début de l'observation. Ces petites lésions superficielles ne sont point un indice de récidive, car elles existaient au moment où la malade sortit de l'hôpital, et elles ne semblent pas prendre de développement.

M. Nélaton fait suivre son observation de quelques considérations qu'il importe de rappeler :

Il fait remarquer que l'érysipèle s'est développé à la face, et il attribue à l'antisepsie rigoureuse la préservation de la plaie crurale. Cela est possible, mais pour moi je ne suis pas convaincu de la justesse de cette remarque. Des exemples d'érysipèle développés et évoluant loin des plaies ne sont pas très rares, et l'on pourrait en citer un certain nombre.

En second lieu, M. Nélaton croit que la tumeur s'est développée aux dépens des ganglions lymphatiques, et en cela je suis de son avis. Si l'examen microscopique n'a pas confirmé cette vue, cela tient sans doute à ce que les ganglions lymphatiques dilatés, caverneux, avaient perdu leurs éléments caractéristiques. Dans les pièces déposées au musée Dupuytren, les ganglions ont subi de telles altérations qu'on peut les comparer à un peloton de vaisseaux lymphatiques enroulés sur eux-mêmes.

Il n'est donc pas étonnant que, dans l'examen de la pièce fait au collège de France par M. Suchard, on ait cru à l'existence d'un

lymphangiome simple, lymphangiome, je le veux bien, peu importe le nom, mais lymphangiome des ganglions lymphatiques, variété que j'ai désignée du nom d'adénolymphocèle.

Je vous propose, Messieurs :

1° D'adresser des remerciements à l'auteur;

2° De déposer son travail dans les Archives;

3° D'inscrire son nom dans un rang honorable sur la liste des candidats à la place de membre titulaire déclarée vacante.

Discussion.

M. Trélat. C'est la première fois qu'on présente ici un cas d'intervention heureuse pour le traitement chirurgical d'un lymphangiome.

Dans ce fait, l'origine ganglionnaire n'est nullement démontrée, malgré l'opinion de M. le rapporteur. Il paraît plus probable que ce sont les vaisseaux lymphatiques qui ont été le point de départ de la tuméfaction.

Dans l'observation que j'ai présentée ici anciennement, la tumeur vasculaire était sous-cutanée, la peau était recouverte de petites nervures, qui étaient formées par des varices lymphatiques superficielles. On aurait pu les piquer avec une épingle et faire sortir du liquide.

Mon malade mourut, non par le fait d'une opération étendue ou radicale, mais à la suite d'un simple cas peu important.

L'autopsie montra que les vaisseaux lymphatiques étaient énormes, du volume du doigt ou du pouce, et qu'ils s'étendaient dans le bassin et jusqu'au réservoir de Pecquet. Dans le fait de M. Nélaton, ces gros vaisseaux n'ont pas été signalés.

Il y avait donc une différence avec le cas de M. Nélaton, dans lequel les chances favorables pour la guérison étaient plus grandes que dans la mienne ou celle d'Amussat, qui date de la même époque.

Chez mon malade, il s'est produit un véritable empoisonnement, qui, d'après nos idées modernes, aurait été caractérisé par la présence de microbes. Il avait présenté tous les signes d'une intoxication violente et rapide : il est mort en moins de vingt-quatre heures.

Les liquides accumulés dans les gros vaisseaux dont j'ai parlé ont dû favoriser et l'absorption et le développement rapide de ces microbes.

Dans le fait que nous décrivons ici, on a pu aussi bénéficier de la méthode antiseptique.

Il ne faudrait cependant pas en concevoir une trop grande confiance, car la tumeur profonde avec ces gros vaisseaux serait peut-être plus difficile à enlever et plus chanceuse au point de vue du résultat.

M. Le Dentu. J'ai vu dernièrement, et je vois encore un cas assez analogue, mais qui n'a motivé aucune intervention chirurgicale.

Il s'agit d'une jeune fille de 16 ans, née aux Antilles. Elle porte dans l'aine une tumeur ayant les caractères d'un lymphangiome : molle, fluctuante, fuyant sous le doigt.

Mais il est difficile de dire si elle est formée aux dépens des ganglions ou aux dépens des vaisseaux lymphatiques.

La peau est saine, souple et mobile, et indépendante de la tumeur sous-jacente.

Son développement est arrêté, elle reste stationnaire. Aussi, je n'y touche pas.

Dans l'aine droite, il y a bien un peu d'adénite chronique, mais n'ayant pas le caractère du lymphangiome.

On trouve aussi dans l'aisselle quelques ganglions un peu gros. En un mot, on voit que le système lymphatique est un peu altéré chez cette malade.

J'ai essayé chez elle, mais en vain, de la compression.

M. Monod. J'ai enlevé chez un enfant de 29 mois une petite tumeur sous-cutanée en voie d'accroissement. C'était à l'hospice d'Ivry. L'examen histologique me montra qu'il s'agissait d'un lymphangiôme, mais bien différent de ceux dont on vient de parler ici. Cela prouve qu'on peut trouver diverses espèces de lymphangiome, absolument comme cela se voit pour les angiomes.

Après l'ablation de cette tumeur, se produisit un érysipèle, venant de la plaie.

L'origine lymphatique était peut-être la cause de cette complication.

M. Lannelongue. Je possède aussi des faits de tumeurs lymphatiques différentes de celles dont on parle ici. Plusieurs kystes congénitaux, que j'ai étudiés, sont d'origine lymphatique.

Certaines hypertrophies congénitales sont formées par des tumeurs lymphatiques. Ici encore l'aspect de la tumeur est différent de celles précédemment indiquées. Il y a donc beaucoup de variétés.

M. Monod. Au point de vue clinique, ces faits sont distincts, mais au point de vue de leur origine, ils peuvent avoir une grande parenté.

M. Anger. M. Trélat doute que la tumeur de M. Nélaton fût dans les ganglions lymphatiques de l'aine.

Cependant elle formait une véritable tumeur de 10 centimètres sur 7 centimètres, isolée, non mobile. Profondément, elle envoyait des prolongements dans le tissu cellulaire profond.

La peau présentait des élevures, mais elle était elle-même indépendante de la tumeur sous-jacente.

Ce fait prouve qu'on peut essayer d'enlever ces tumeurs, et qu'on doit revenir sur cette condamnation portée autrefois contre l'opération radicale, qui, il est vrai, avait toujours donné des insuccès.

Communication.

Inversion utérine. — Ligature élastique. — Guérison.

Par M. Léon Le Fort.

Mme X... âgée de 22 ans, entre à l'hôpital Necker, salle Sainte-Marie, le 10 juin 1886.

Rien à noter dans les antécédents. Réglée à 15 ans ; mariée à 21 ans. Devient enceinte en mai 1885.

L'accouchement a lieu au mois de février 1886 ; le travail se poursuit d'abord assez régulièrement pendant vingt-quatre heures, puis s'arrête ; une application du forceps au détroit inférieur sans tractions exagérées le termine. Mais, une fois l'expulsion du fœtus accomplie, le placenta tarde à se détacher; inertie utérine.

Au bout d'une heure d'attente, le médecin commence à malaxer légèrement avec la main le fond de l'utérus, et à tirer sur le cordon. Tout à coup, sous un effort pourtant modéré, il voit sortir de la vulve le placenta suivi d'une grosse tumeur ovoïde mamelonnée, rouge ; il détache avec les doigts le placenta, et reconnaît que la masse saignante à laquelle il adhère n'est autre que le fond de l'utérus inversé.

La réduction est faite séance tenante, avec la main et sans aucune difficulté. Hémorrhagie assez abondante ; 2 grammes de seigle ergoté.

Le lendemain, l'inversion s'est reproduite. Nouvelle réduction, plus laborieuse cette fois, et qui ne se complète qu'après plusieurs tentatives.

Le soir, la fièvre s'élève; douleurs vives dans l'abdomen, prostration, phénomènes de péritonite qui s'accusent plus encore le lendemain et persistent pendant trois jours. On répète alors l'examen local ; l'inversion avait reparu encore une fois.

En présence des accidents, le médecin veut réduire à tout prix ; il se livre à de nouvelles tentatives manuelles, réitérées et énergiques, mais en vain. Le fond de l'utérus reste cette fois définitivement enclavé dans sa nouvelle position.

Depuis cette époque, la malade a continué à perdre presque continuellement ; les métrorrhagies s'arrêtent à peine deux ou trois jours, pour reprendre ensuite ; aucun traitement n'a pu jusqu'ici en avoir raison. M. Gallard, consulté au début, a ordonné des injections d'acide borique, qui ont été continuées depuis.

Le 31 mai, la malade entre à l'hôpital Necker, dans le service de M. le Dr Blachez. On constate l'existence de l'inversion utérine, et l'on prescrit des injections au perchlorure de fer et des toniques.

Le 10 juin, la malade passe dans le service de M. le professeur Le Fort. On peut alors constater ce qui suit :

A l'examen de la région vulvaire, on trouve une déchirure du périnée, peu profonde, et qui s'étend en arrière jusqu'au-devant de la cloison recto-vaginale, intéressée seulement dans sa partie inférieure.

Au toucher vaginal, le doigt rencontre, à trois ou quatre centimètres de l'orifice vulvaire, une tumeur arrondie, un peu mamelonnée, du volume d'un œuf de dinde, lisse à la surface, de consistance élastique, facile à circonscrire sur toute sa périphérie. Plus haut, et sur tout le pourtour, l'on tombe sur un anneau mou qui encercle la masse compacte ; et en pénétrant plus profondément encore, l'on reconnaît nettement entre l'anneau périphérique et la tumeur un cul-de-sac circulaire, au fond duquel le pédicule de l'utérus inversé se continue avec ce qui reste du col.

Au speculum, on retrouve la grosse masse saillante et arrondie, rouge et saignante à sa surface. On ne peut découvrir les orifices des trompes. Explorée avec une épingle, la tumeur paraît complètement insensible.

Par le palper hypogastrique, on n'arrive pas à sentir l'utérus.

Pas de troubles de la miction ni de la défécation. Etat d'anémie assez prononcé, par suite de la persistance des métrorrhagies.

Le 12 juin, il survient, pendant que la malade se promène dans le jardin, une perte si abondante, qu'on est obligé de la ramener sur un brancard dans la salle. Au bout de deux jours, l'hémorrhagie s'arrête ; perte blanche très abondante.

18 *juin.* La malade est chloroformée.

M. Le Fort pratique une série de tentatives méthodiques de réduction.

Il cherche d'abord à réduire avec les doigts introduits profondément dans le vagin, et agissant à la fois par compression et refoulement de la tumeur. Pas de résultat ; l'utérus semble fixé.

La tumeur est alors chargée dans le spéculum, et, avec le manche d'un porte-topique, l'on exerce de nouveaux efforts de refoulement direct. La masse semble céder et s'affaisse ; mais on s'aperçoit bientôt qu'elle se laisse simplement déprimer, sans se retourner sur elle-même ni se réduire.

A plusieurs reprises, la manœuvre est réitérée, tantôt d'avant en arrière, tantôt un peu obliquement de l'un ou de l'autre côté. A peine obtient-on une légère diminution de volume de la masse inversée.

L'opération a déterminé une hémorrhagie assez abondante ; M. Le Fort pratique le tamponnement du vagin.

19 juin. La malade a peu souffert.

P. 100, T. 37°,5. Cathétérisme matin et soir.

21 juin. On retire le tamponnement.

On installe à demeure dans le vagin un pessaire Gariel, que l'on gonfle modérément.

23 juin. Le pessaire se déplace fréquemment, il ne détermine que peu de douleur.

1er juillet. Le pessaire est demeuré appliqué d'une façon continue depuis le 21. On constate peu de changement dans le niveau du fond de l'utérus. Les pertes de sang ont reparu depuis plusieurs jours.

21 juillet. Le pessaire n'a produit aucun effet notable.

Avant son application, on sentait par le toucher, autour de l'utérus inversé, une collerette mince et circulaire, représentant le col ; aujourd'hui, le rebord cervical a disparu en avant, et n'existe plus qu'en arrière et à gauche.

On se décide à l'ablation de l'utérus inversé.

Après chloroformisation, M. Le Fort attire à la vulve, à l'aide de la pince à langue, le fond de l'utérus ; puis il pratique, à la partie supérieure de la tumeur, au niveau de son pédicule, une striction circulaire avec un fil de caoutchouc, fortement serré et enroulé sept à huit fois sur lui même. Au-dessous de la ligature élastique, on en établit une seconde avec un fil ordinaire, enroulé aussi plusieurs fois sur lui-même, et qui doit servir d'arrêt.

L'utérus est alors abandonné à lui-même et rentre dans le vagin.

Douleurs assez vives pendant deux heures, qui disparaissent ensuite. Pas de vomissement.

22 juillet. Le ventre est un peu sensible et légèrement ballonné.

T. 37°,4. Injection vaginale matin et soir.

25 juillet. Pas d'incidents. Très peu de douleurs dans le bas-ventre. Pertes blanches abondantes.

31 juillet. On retire un fil avec l'injection ; c'est le fil ordinaire connexé au fil de caoutchouc.

Par le toucher vaginal, on sent l'utérus pendant dans le vagin ; on n'arrive pas jusqu'au lieu de la striction.

3 août. Chute de la portion d'utérus située au-dessous de la ligature ; elle s'est détachée spontanément, au moment de l'injection.

C'est un petit moignon grisâtre, du volume d'une noix, sans odeur, arrondi à son extrémité inférieure, portant la ligature élastique à son autre extrémité, et, à trois ou quatre millimètres au-dessus, la surface de section, irrégulière et déchiquetée.

Rien à signaler pendant le reste du mois d'août ; les métrorrhagies ne reparaissent pas ; l'état général redevient de plus en plus satisfaisant.

Le 11 septembre, M. Sejoud pratique la périnéorrhaphie.

Le 1er octobre, les derniers fils sont enlevés, et la réunion est complète.

Le 7 octobre, la malade sort de l'hôpital.

La malade a été revue dans les premiers jours de décembre. Les règles n'ont pas reparu ; à deux reprises, au moment des époques, elle a éprouvé quelques douleurs passagères dans les reins et le bas-ventre ; elle a toujours quelques pertes blanches.

Par le toucher, on sent au fond du vagin un cul-de-sac, au milieu duquel le doigt rencontre un petit moignon mou et ouvert à son centre, qui représente le reste de l'utérus.

Discussion.

M. Trélat. Je remarque dans l'observation de M. Le Fort ce fait qui m'avait déjà frappé dans des cas analogues : c'est la diminution considérable de volume de la tumeur formée par l'utérus inversé, aussitôt après la pose du lien constricteur.

M. Polaillon. Je demanderai à M. Le Fort pourquoi il ne s'est pas servi, dans ce cas, de l'appareil de M. Périer.

M. Le Fort. Je répondrai à M. Trélat que la diminution de volume de la partie inversée tient à ce fait d'observation qu'elle contient beaucoup de liquide. Quand celui-ci s'écoule, la partie ainsi œdématisée diminue rapidement.

A M. Polaillon, je dirai que, dans mon observation, l'utérus inversé se présentait facilement à la vulve ; il était donc facile de fixer le lien constricteur et de le surveiller.

Communication.

Absence complète du vagin. — Douleurs menstruelles périodiques. — Création d'un vagin artificiel,

Par M. Polaillon.

La nommée Marie Dev..., âgée de 21 ans, exerçant la profession de couturière, me fut adressée, le 10 mars de l'année dernière, par mon collègue et ami le Dr Lancereaux, pour des troubles menstruels tenant à une absence du vagin. Elle fut couchée au n° 18 de ma salle des femmes, à la Pitié.

Cette jeune fille, née de parents bien portants, jouissait elle-même d'une excellente santé, lorsque, à l'âge de 15 ans, elle commença à souffrir dans le ventre. Les douleurs débutèrent tout à coup pendant qu'elle était à travailler aux champs, prirent une grande intensité et durèrent peu de temps. Après trois mois de calme et de santé parfaite, nouvelles douleurs dans le bas-ventre et les reins, puis cessation des

douleurs au bout de deux ou trois jours. Jusqu'à 18 ans, les mêmes douleurs se reproduisirent à intervalles variables. Mais, à partir de cet âge, elles se régularisèrent. Elles revenaient au commencement de chaque mois, duraient plusieurs jours, puis disparaissaient peu à peu. Parfois une crise de diarrhée, non mélangée de sang, survenait vers le deuxième ou le troisième jour de la période douloureuse. Dans ces cas, les souffrances étaient moins vives et duraient moins longtemps.

Cependant, à mesure que la puberté s'établissait, et notamment pendant les périodes douloureuses, aucun écoulement de règles n'apparaissait.

L'administration de l'armoise, l'application de sangsues aux cuisses, le repos, etc., n'eurent aucun succès, soit pour calmer la malade, soit pour provoquer l'écoulement menstruel.

Lorsque Marie D... fut soumise à mon examen, les douleurs mensuelles duraient une dizaine de jours. Elles cessaient pendant la nuit, reparaissaient dans le jour sous l'influence de la station debout et de la marche, et rendaient tout travail impossible. Le ventre n'augmentait pas de volume pendant les douleurs.

Il était facile de reconnaître à ces symptômes les phénomènes d'une menstruation régulière. Et si cette menstruation ne s'accompagnait pas d'un écoulement sanguin par la vulve, c'est que le vagin n'existait pas.

Marie D... est grande, forte, et porte tous les attributs extérieurs de la femme. Les seins sont volumineux. Les organes génitaux externes sont bien développés et normalement conformés. Mais il n'y a point d'ouverture vulvaire. Si l'on déprime avec l'extrémité du doigt la muqueuse qui tapisse l'espace compris entre le méat urinaire et la commissure postérieure des grandes lèvres, on est immédiatement arrêté par un plan très résistant.

En palpant le ventre, on sent, entre le pubis et l'ombilic, une tumeur mobile, lisse, arrondie, grosse comme une orange, douloureuse à une forte pression.

Par le toucher rectal, on trouve, à une profondeur de 8 à 9 centimètres, l'extrémité inférieure de la tumeur abdominale. Celle-ci se termine en bas par une saillie dure qui paraît être le col d'un utérus. En introduisant une sonde métallique dans la vessie et en déprimant son bas-fond avec cette sonde, en même temps que l'index appuie contre la paroi antérieure du rectum, on sent que la sonde n'est séparée du doigt placé dans le rectum que par une mince couche de tissu. Par conséquent, la face postérieure de la vessie est directement accolée à la face antérieure du rectum. Il n'y a, entre ces deux organes, aucun vestige de conduit vaginal. Il n'y a même pas, comme on l'observe dans les cas analogues, un cul-de-sac supérieur du vagin dans lequel le col de l'utérus viendrait s'aboucher, et dans lequel le sang des règles s'accumulerait.

La tumeur abdominale représente sans aucun doute l'utérus, dont l'orifice cervical est oblitéré, et dont le corps est un peu distendu par le sang menstruel. La mobilité de cet utérus indique encore qu'il n'est

pas retenu à sa partie inférieure par un cordon fibreux résistant, tenant lieu de vagin.

Du 5 au 15 mars, la malade eut de violentes crises de douleurs caractérisant sa période menstruelle. Je remarquai que pendant cette période l'utérus se distendait médiocrement, soit parce que l'exhalation sanguine était peu abondante, soit plutôt parce que la résistance des parois utérines mettait obstacle à l'accumulation du sang dans sa cavité.

L'indication de créer un vagin artificiel pour évacuer le sang des règles et pour soulager la malade était formelle. Je me proposai d'y arriver en incisant et en décollant les adhérences qui unissaient la vessie au rectum, de manière à constituer un trajet depuis la vulve jusqu'à l'utérus, dont j'ouvrirais la cavité. L'entreprise était délicate, en raison de la minceur de la paroi recto-vaginale et en raison de la mobilité de l'utérus. Il y avait, en effet, trois écueils à éviter : l'ouverture de la vessie, l'ouverture du rectum et la blessure du péritoine. Je résolus de diviser l'opération en deux parties séparées par un intervalle de plusieurs jours : dans une première opération, je créerais une voie d'accès jusqu'au voisinage de l'utérus ; dans une deuxième opération, j'arriverais jusqu'à l'utérus, que j'inciserais.

La patiente fut préparée par une purgation et par l'administration d'une dose d'opium, afin d'obtenir une constipation de quelques jours.

23 *mars*, *première opération*. — Chloroformisation. Avec le doigt, je déprime en cul-de-sac la muqueuse, au niveau du point où doit se trouver l'entrée vaginale; puis j'incise transversalement au fond de ce cul-de-sac. En agissant par la pression du doigt, je dédouble la paroi recto-vaginale. Une grosse sonde introduite dans la vessie m'indique à chaque instant où est la vessie. Le toucher rectal m'apprend en même temps si je me rapproche trop du rectum. A mesure que je pénètre plus profondément, j'aide l'action du doigt avec une spatule mousse. Je creuse ainsi un large canal, qui a la longueur de l'index et qui arrive jusqu'au voisinage de l'utérus. Il est impossible de reconnaître le col de cet organe, qui se déplace avec une grande facilité comme un corps flottant dans l'abdomen. Pour ne pas m'exposer à ouvrir le péritoine, je ne pousse pas plus loin ma première opération. Les adhérences qui s'établiront infailliblement autour de la plaie contuse que je viens de produire contribueront à fixer l'utérus et à me faciliter un accès jusqu'à lui.

La plaie est irriguée avec une solution phéniquée, et le trajet vaginal est rempli avec des tampons de gaze iodoformée maintenus par un bandage en T.

La malade est remportée dans son lit et condamnée au repos absolu, avec un cataplasme laudanisé sur le ventre.

Dans la journée, il y eut quelques vomissements bilieux et de la rétention d'urine qui obligea à pratiquer le cathétérisme.

Les jours suivants, aucune douleur dans le ventre, aucune fièvre. Comme pansement, on se borne à maintenir sur la vulve des compresses imbibées d'une solution de sublimé (à 1 pour 2,000).

30 *mars*. J'enlève les tampons de gaze iodoformée et je lave largement la plaie avee une irrigation d'eau au sublimé. Le vagin artificiel admet un speculum Cusco ordinaire. Mais cette exploration ne fait découvrir aucune saillie ressemblant à un col utérin. En pratiquant le toucher, je constate que le fond du vagin est encore éloigné de 2 ou 3 centimètres de l'utérus. Nouveau remplissage du vagin avec de la gaze iodoformée.

2 *avril*. Pour maintenir le calibre du conduit vaginal, j'ajoute de nouveaux tampons de gaze iodoformée sans enlever les anciens tampons.

La miction est devenue facile.

8 *avril*. Quelques petites douleurs dans le bas-ventre. Mais les douleurs qui apparaissaient dans les premiers jours du mois et qui caractérisaient l'époque menstruelle ne se sont pas fait sentir.

12 *avril*. Les tampons étant tombés pendant les efforts de défécation, de nouveaux tampons de gaze iodoformée sont mis en place. Le conduit vaginal s'est notablement rétréci, et l'introduction du spéculum est très douloureuse. Mais en se rétrécissant, les parois du vagin artificiel se sont épaissies et sont devenues plus solides. Le moment me semble venu de compléter mon opération.

Les fonctions vésicales et rectales s'accomplissent normalement et sans souffrances.

15 *avril*, *deuxième opération*. La malade a été préparée comme avant la première opération, de manière à obtenir une constipation de quelques jours. Elle est endormie par le chloroforme.

Je constate que le rétrécissement du vagin artificiel a surtout lieu à une distance de 2 ou 3 centimètres de la vulve. Dans ce point, le doigt rencontre une sorte d'anneau plus résistant en arrière qu'en avant, anneau qui est vraisemblablement formé par la perforation du releveur de l'anus et de ses aponévroses. Au-dessus de ce rétrécissement annulaire se trouve un cul-de-sac de 2 ou 3 centimètres de profondeur. A ce moment, le vagin artificiel n'avait donc qu'une longueur totale de 5 à 6 centimètres.

Mon premier soin fut d'élargir cet anneau en déchirant avec le doigt les tissus qui formaient son contour. Puis une sonde étant introduite dans la vessie et un doigt dans le rectum, je me mis à cheminer vers l'utérus en décollant les tissus avec une spatule mousse portée sur un manche de bois. A chaque instant j'interrompais ce décollement pour m'assurer, par le toucher, si je ne me rapprochais pas d'une façon dangereuse de la vessie ou du rectum.

Enfin, j'arrivai jusqu'à l'utérus. Cet organe est si mobile et si profondément placé, que, pour explorer son segment inférieur, il faut le fixer et l'abaisser en pressant fortement sur la région hypogastrique avec la main gauche, pendant que l'index droit est profondément enfoncé dans le vagin artificiel. Je reconnais un col sur lequel il m'est impossible de trouver un orifice.

Comme le but de l'opération est d'ouvrir la cavité utérine pour la mettre en communication avec le vagin artificiel, je me résous à inci-

ser l'utérus. Pour cela, je me sers de la lame en rondache d'un scarificateur du col. Je dirige la longueur de cet instrument avec le doigt jusqu'au contact de la paroi utérine, et je l'incise à peu près dans le point où l'orifice cervical devrait exister. Cette incision n'offrant pas une étendue suffisante, je l'agrandis avec un lithotome à deux lames, que j'introduis fermé jusque dans la cavité utérine, et que je retire avec un écartement de lames réglé à 2 centimètres et demi.

Au moment de l'incision avec le scarificateur, une cuillerée à bouche environ d'un liquide noirâtre, sans odeur, s'est écoulé par le vagin. Après l'agrandissement de l'incision avec le lithotomo, nouvel écoulement d'un liquide semblable. La quantité totale de ce liquide peut être évaluée à un quart de verre. L'utérus n'est plus distendu.

L'opération s'est terminée sans lésion de la vessie ni du rectum. Le péritoine, qui est très voisin de l'incision utérine, ne semble pas avoir été intéressé.

Après avoir bien lavé le vagin artificiel avec une solution au sublimé, je le remplis de tampons de gaze iodoformée.

Les *suites* de la deuxième opération furent aussi simples que celles de la première.

17 *avril*. Je retire les tampons de gaze iodoformée, et, comme ces tampons n'offrent pas assez de résistance contre la rétraction cicatricielle, je les remplace par cinq drains en caoutchouc rouge, gros comme le petit doigt, attachés les uns aux autres, de manière à former un faisceau cylindrique long de 10 centimètres. Lorsque ce faisceau est disposé dans le vagin artificiel, l'extrémité inférieure des drains est située au niveau de la vulve.

Tous les jours on fait une injection antiseptique dans l'intérieur de ces tubes sans les déplacer, et on maintient sur la vulve une compresse imbibée d'une solution au sublimé.

Toutes les semaines les tubes sont retirés, soigneusement lavés et remis en place.

21 *avril*. Je constate par le toucher, combiné avec le palper abdominal, que l'utérus est notablement ramené sur lui-même. Son bord supérieur présente deux bosselures latérales séparées par une encoche, comme s'il existait un utérus double et bilobé. L'examen au speculum montre, au fond du vagin, une surfaee rouge, formée par des bourgeons charnus.

3 *mai*. Les douleurs menstruelles qui survenaient, avant l'opération, pendant les premiers jours de chaque mois ne se font pas sentir. Le calme est complet. L'utérus ne se tuméfie pas. Le liquide qui s'écoule par le vagin semble un peu plus abondant et plus coloré.

3 *juin*. L'écoulement teinté en rouge ne se produit pas. Aucune douleur ne se fait sentir dans le bas-ventre.

Les époques menstruelles suivantes sont caractérisées par des douleurs, avec pesanteur dans les reins et ténesme du côté de l'anus. Mais elles ne donnent lieu à aucun écoulement sanguin par la vulve, et l'utérus n'est pas le siège d'une tuméfaction appréciable.

L'opérée a porté constamment pendant quatre mois le cylindre

vaginal formé par des tubes de caoutchouc. Malgré ce corps étranger, la rétraction cicatricielle a eu pour effet de diminuer le calibre et la longueur du vagin artificiel.

L'orifice vulvaire s'est constitué aux dépens de la muqueuse des parties génitales externes, muqueuse qui a été attirée en dedans à mesure que les bourgeons charnus du conduit vaginal se cicatrisaient.

L'établissement d'un orifice vulvaire bien bordé par la muqueuse a permis de remplacer les tubes de caoutchouc par un pessaire à air, que l'on dilatait dans le vagin après son introduction.

On peut ainsi maintenir le résultat opératoire jusqu'au 13 novembre, jour où Marie D... quitta la Pitié.

A cette date, elle avait un vagin permettant la copulation. Elle n'était pas réglée, probablement à cause d'une malformation utérine. Mais les douleurs excessives, qui accompagnaient avant l'opération chaque menstruation, avaient été remplacées par un malaise fort supportable.

J'ai tenu à communiquer cette observation, parce qu'elle diffère notablement de plusieurs observations présentées à la Société, observations dans lesquelles l'absence de vagin est limitée à sa partie inférieure et la rétention du sang menstruel considérable. Dans notre fait, au contraire, le vagin faisait complètement défaut dans toute son étendue, l'utérus était imperforé et la rétention des règles jouait un rôle secondaire. Mais, comme les douleurs qui accompagnaient chaque menstruation pouvaient être attribuées à cette petite rétention de sang dans le corps de l'utérus, il était indiqué de créer un vagin pour lui donner une issue. Si notre opération n'a pas eu pour résultat d'établir l'écoulement des règles, c'est que le molimen hémorrhagique ne se produit pas d'une manière appréciable chez le sujet en question. Néanmoins, par un phénomène difficile à expliquer, elle a fait disparaître les douleurs de la menstruation. En outre, elle a donné à cette jeune femme la possibilité d'avoir des rapprochements sexuels et de se marier.

Discussion.

M. Le Fort. Je demanderai à M. Polaillon s'il a constaté au fond du vagin un espace libre, tapissé par une membrane muqueuse, qui ordinairement, dans ces cas, existe en avant du col de l'utérus.

M. Polaillon. Je n'ai pas constaté cet espace. Partout le tissu fibreux existait jusqu'au col, que je n'ai pas pu reconnaître bien nettement.

Communication.

Hémato-salpingite double. — Corps fibreux volumineux de l'ovaire. — Hémorrhagies graves. — Ablation des ovaires et des trompes. — Guérison,

Par M. Terrillon.

M. Terrillon présente l'observation d'une malade agée de 34 ans, atteinte depuis plusieurs années de métrorrhagies douloureuses, dues en apparence à la présence d'un corps fibreux utérin volumineux.

Le fibrome étant complètement inclus dans les parois de l'utérus et non pédiculé, on proposa à la malade l'ablation des annexes de l'utérus, dans le but d'arrêter les hémorrhagies et de faire rétrocéder le volume du fibrome.

L'opération fut pratiquée le 22 mars. On trouva, des deux côtés, les trompes oblitérées, remplies de sang et accolées par des adhérences anciennes aux deux ovaires, recouverts eux-mêmes de fausses membranes.

L'ablation fut difficile à droite et on dut poser cinq ligatures sur l'aileron du ligament large. Deux ligatures suffirent pour les annexes du côté gauche.

Les trompes contenaient du sang noir, sirupeux; les parois avaient un peu épaissi. D'après un examen pratiqué par M. le professeur Cornil, la lésion principale était constituée par une hypertrophie de la muqueuse et surtout l'exagération considérable des plis ou villosités de cette membrane. Cette lésion a déjà été constatée trois fois dans des cas analogues qui me sont personnels. La malade était guérie le 30 mars et ses hémorrhagies étaient arrêtées à ce moment.

Présentation d'une malade.

Note sur le traitement de l'orteil dit en marteau,

Par M. Terrier.

Messieurs, la jeune femme que j'ai l'honneur de vous présenter offrait aux deux pieds la déformation classique en quelque sorte de l'orteil dit en marteau. Cette déformation symétrique existait sur le deuxième orteil, la première phalange était étendue sur le métatarsien, la deuxième phalange fléchie sur la première et enfin la troisième étendue sur la deuxième phalange. Au niveau de

l'angle formé par les première et deuxième phalanges, existait un cor fort douloureux et, au-dessous de lui, une bourse séreuse très enflammée surtout d'un côté.

Dans ces conditons, la marche était presque impossible et fort douloureuse, ce qui décida la malade à venir à l'hôpital Bichat.

Or, pour remédier à cet état, voici ce qui fut fait, d'abord à droite, puis à gauche :

Après anesthésie générale, on incisa transversalement les téguments au-dessus et au-dessous du cor et de la bourse muqueuse, de façon à intéresser environ la moitié de l'étendue de la peau de la phalange et de la phalangette. Ces deux incisions formaient donc un angle ouvert en haut et se rejoignaient sur les parties latérales de l'articulation phalango-phalanginienne. Tous les téguments qu'elles circonscrivaient, le cor et la bourse séreuse furent enlevés.

Dans un deuxième temps, on ouvrit largement l'articulation phalango-phalanginienne et, après avoir sectionné les ligaments latéraux, on dégagea un peu les surfaces articulaires, latéralement et en arrière.

Le troisième temps consista à réséquer ces surfaces avec une pince coupante, de façon à ce que les surfaces réséquées soient bien en contact et l'orteil bien redressé.

Dans le quatrième temps, on fit avec du crin de Florence la suture des téguments et on plaça un petit drain perpendiculairement à l'orteil entre les surfaces réséquées.

Pansement iodoformée avec la gaze, l'orteil reposant sur une planchette de bois garnie elle-même de gaze iodoformée. Grand pansement de Lister entourant le pied.

Au bout de huit jours, la cicatrisation était parfaite et on retirait drain et fil.

Aujourd'hui, l'articulation réséquée est encore un peu mobile, l'orteil est raccourci d'environ un centimètre, et la jeune fille peut marcher sans l'ombre de gêne ni de douleur.

Ce procédé, que je crois nouveau, étant donné les recherches que j'ai fait faire, mérite d'ailleurs votre attention et doit être employé à la place des méthodes classiques de ténotomie, assez infidèles.

Discussion.

M. Verneuil. Pour une flexion permanente du petit doigt, j'ai fait avec succès la résection cunéiforme des os voisins de l'articulation atteinte. En effet, je savais par expérience que la ténotomie ou la section de l'aponévrose ne donne pas de résultat.

M. Lannelongue. J'ai aussi plusieurs fois fait des résections complètes pour des faits analogues.

La séance est levée à 5 heures 15 minutes.

Le Secrétaire,

Terrillon.

Séance du 30 mars 1887.

Présidence de M. Lannelongue.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° M. Delens demande un congé d'un mois pour raison de santé.

M. le Président informe la Société qu'un grand nombre de ses membres ont demandé que M. le professeur Ollier (de Lyon) soit nommé membre honoraire, conformément à l'article 8 des statuts. La Société décide que son bureau sera chargé de faire sur cette demande le rapport exigé par le règlement.

Rapport.

Sur quatre observations de trachéotomie avec chloroformisation, communiquées par le Dr Houzel *(de Boulogne-sur-Mer).*

Rapport par M. Le Dentu.

Si un chirurgien se fût avisé, il y a une vingtaine d'années, de préconiser la chloroformisation pour l'opération de la trachéotomie, il n'eût pas manqué de soulever de très vives critiques. Aujourd'hui, la même proposition pourra rencontrer une certaine opposi-

tion, mais celle-ci n'aura certainement plus le même caractère de résistance ardente et quelque peu indignée. C'est que, depuis l'époque où MM. Perrin et Ludger-Lallemand ont publié leur remarquable traité de l'anesthésie qui a résumé et fixé la science pour un moment, le champ des contre-indications de la chloroformisation s'est singulièrement rétréci. La tuberculisation pulmonaire, les épanchements purulents et les adhérences de la plèvre, la rétraction du poumon après l'opération de l'empyème, les affections du cœur elles-mêmes ne sont plus considérés comme des obstacles absolus.

C'est qu'actuellement la question ne doit plus être posée uniquement sur le terrain de l'état matériel des organes, mais surtout sur celui de l'état fonctionnel des grands systèmes de l'économie. Voilà pourquoi on pourrait citer bien des exemples de chloroformisation absolument inoffensive de sujets rentrant dans les catégories auxquelles je viens de faire allusion.

Je ne voudrais pas, à propos de quatre observations de trachéotomie avec chloroformisation que le Dr Houzel (de Boulogne-sur-Mer) vous a communiquées et dont je suis chargé de vous rendre compte, reprendre en son entier la très importante question des contre-indications de l'anesthésie. Je veux seulement rappeler que les préceptes qui nous régissent actuellement sont très éloignés de ceux qu'on a inculqués à la plupart d'entre nous, à l'époque de nos études médicales. La chute d'un peu de sang dans la gorge, l'imminence d'un peu d'asphyxie par le fait d'une lésion quelconque des poumons et des plèvres, à plus forte raison une altération même superficielle des orifices et des valvules du cœur, étaient autant de raisons de s'abstenir.

Sans nous targuer d'une témérité qui friserait la forfanterie, si elle n'était pondérée par la prudence, nous pouvons tous nous flatter d'avoir plus d'une fois passé outre à des préceptes évidemment trop absolus; mais je m'empresse d'ajouter que ces infractions ont toujours été motivées par quelque raison supérieure et réglées sur une expérience lentement acquise.

C'est ainsi qu'on est arrivé peu à peu à savoir que certains phthisiques, que certains sujets atteints d'empyème ou de lésions cardiaques pouvaient être anesthésiés sans danger. C'est ainsi que toutes les opérations d'Estlander pratiquées jusqu'à ce jour l'ont été sous le chloroforme, et cependant, s'il y a une circonstance où l'anesthésie pouvait être redoutée, c'est bien celle-là, puisque l'un des deux poumons fonctionne mal et quelquefois ne fonctionne pas du tout. Je ne sache pas, cependant, que la chloroformisation ait été funeste à aucun des sujets opérés dans des conditions en apparence aussi désastreuses.

Peut-être y a-t-il lieu de tenir compte, en pareil cas, de ce que l'autre poumon, habitué depuis longtemps à une action supplémentaire, suffit largement, même pendant l'anesthésie, aux échanges gazeux de la respiration. Peut-être aussi, pour cette raison, les sujets de cette catégorie sont-ils moins exposés aux accidents que ceux qui sont atteints d'un épanchement purulent récent de la plèvre. Outre que, chez ces derniers, l'action supplémentaire de l'autre poumon n'est pas encore suffisamment développée, il faut compter très largement avec la compression et le refoulement du cœur, avec les modifications brusques de l'état statique de cet organe et du poumon lui-même, sous l'influence de l'évacuation rapide de l'épanchement purulent, circonstances capables à coup sûr d'apporter une perturbation brusque et profonde dans les fonctions de ces deux organes.

Et cependant il est avéré que le chloroforme est bien supporté par un certain nombre de ces malades, par ceux chez qui l'épanchement n'a pas pris des proportions démesurées et chez qui il n'existe pas, au moment de l'intervention, de troubles trop graves du côté de la circulation ou de la respiration. J'ai opéré, ce matin même, une femme de vingt ans atteinte de pleurésie purulente, et je lui ai fait l'opération de l'empyème avec costotomie limitée à 3 centimètres de la huitième côte. Elle a pris le chloroforme avec la plus grande facilité et sans qu'il survînt à aucun moment de l'opération un incident quelconque.

Quant à ce qui est des affections du cœur, ne sait-on pas qu'on ne doit pas se laisser arrêter par un simple bruit de souffle, lorsque le rythme des battements cardiaques n'est pas altéré, qu'il n'y a aucune menace d'asystolie et que, en un mot, tout se réduit à une légère lésion matérielle sans trouble fonctionnel?

Nous sommes donc, quel que soit le côté de la question que l'on envisage, très loin des préceptes que traçait M. Perrin, lorsque, de sa plume autorisée, il écrivait ceci : « Les affections organiques du cœur et des gros vaisseaux sont considérées à juste titre comme des obstacles à la chloroformisation; toutes, à divers degrés, prédisposent à la syncope... » ; et plus loin : « La tuberculisation pulmonaire, l'épanchement dans les plèvres ou le péricarde, les adhérences pleurales..., la dilatation des bronches... représentent autant de contre-indications formelles. »

Ce n'est certes pas en faisant brutalement table rase de ces sages prescriptions qu'on est arrivé à étendre le champ de la chloroformisation; c'est au contraire en poussant plus avant l'analyse des contre-indications, c'est en établissant dans les groupes de lésions des cas particuliers, c'est en s'attachant, comme je le disais plus haut, au trouble fonctionnel plus encore qu'à l'altération

matérielle. On a pu ainsi reconnaître peu à peu quels sont, parmi les sujets atteints d'affections pulmonaires, pleurales ou cardiaques, ceux qu'il est permis de soumettre à la chloroformisation, et ceux auxquels cette dernière ferait courir de trop grands risques.

La barrière qui sépare ces deux catégories de malades n'est certainement pas placée par tous les chirurgiens au même point de la série des contre-indications possibles. Chacun suivant son expérience, son tempérament personnel, je dirais presque sa disposition du jour, l'avance ou la recule au delà ou en deçà du point où tel autre aurait jugé bon de s'arrêter. Mais ce qu'on peut dire, pour résumer la situation actuelle, c'est que tous, nous avons commis plus d'une infraction aux règles qui servaient de base à la pratique d'il y a vingt ans. J'ajoute que le progrès est évident, puisque les accidents ne se sont pas multipliés en proportion des risques plus grands encourus par les malades. J'ai dit que peu à peu on était arrivé à prendre pour base des contre-indications les troubles fonctionnels des grands systèmes organiques, plutôt que les altérations matérielles, lorsque celles-ci ne dépassaient pas un degré moyen.

La conclusion logique de cette façon de présenter les choses semblerait devoir être que le trouble fonctionnel par excellence de l'appareil respiratoire, à savoir, l'asphyxie à ses divers degrés, représente une contre-indication formelle à la chloroformisation. L'événement a cependant montré que le danger de l'anesthésie en pareille circonstance n'était pas aussi grand qu'on pourrait l'imaginer. La question me paraît avoir été tranchée pour la simple difficulté respiratoire, et je n'y reviens pas; pour l'asphyxie bien caractérisée, il n'en est plus ainsi. C'est qu'ici, il y a surtout à tenir compte de la nature de l'asphyxie en présence de laquelle on se trouve. Tout est là, et c'est sur cette considération que je baserai mes appréciations ultérieures. Auparavant je veux laisser la parole aux faits, en analysant devant vous les quatre observations de M. Houzel.

Observation I. — Une dame de 34 ans, atteinte de diphthérie le 10 décembre 1884, après deux de ses enfants, présente au bout de trois jours les symptômes d'un croup confirmé. Déjà la respiration s'embarrasse. Le lendemain, elle a du tirage; les lèvres et les extrémités bleuissent, il y a un commencement évident d'asphyxie.

Dans la nuit du surlendemain, de violents accès de suffocation rendent la trachéotomie nécessaire. Le mari de la malade demande avec instance qu'on lui donne du chloroforme. M. Houzel se rend à ce désir et se sert du cornet de la marine.

« Dès les premières inspirations, la respiration haletante se régularise et se ralentit, en quelques minutes, avec très peu de chloroforme,

l'anesthésie complète fut obtenue. » L'opération fut faite en trois temps: incision de la peau, des parties molles sous-cutanées de la trachée. Avant ce dernier temps, on cessa la chloroformisation.

Le réveil de la malade fut rapide. Malheureusement trois jours après l'opération la malade succombait.

Obs. II. — Petite fille de 5 ans, atteinte du croup. Le Dr Houzel est appelé précipitamment auprès d'elle le 5 février 1885. Un tirage déjà fort, la cyanose des lèvres et des extrémités indiquaient une asphyxie avancée. Comme les parents refusaient la trachéotomie à cause des souffrances qu'elle devait causer à l'enfant, le Dr Houzel proposa la chloroformisation.

« L'enfant s'endormit facilement, sans période d'excitation et sans que la gêne respiratoire fût le moins du monde aggravée. »

La difficulté qu'éprouva un des confrères de M. Houzel qui opérait à introduire la canule rendit très émouvante la fin de l'opération. Une hémorrhagie *profuse*, accompagnée de violents efforts de toux, amena un état de mort apparente qui dura jusqu'au moment où M. Houzel, reprenant le bistouri, incisa la trachée sur le milieu (elle l'avait été tout d'abord latéralement), y plaça une canule et pratiqua la respiration artificielle. Au bout de quelques instants, l'enfant revint à la vie.

Malgré ces inquiétantes péripéties, la guérison eut lieu.

Obs. III. — Petit garçon de 5 ans et demi. Tirage et asphyxie commençante. Le chloroforme fut donné pour la trachéotomie, sans incident particulier. « Quelques instants après l'opération, l'enfant se réveillait, respirant facilement et accusant un grand soulagement. » Néanmoins la mort survint trente-six heures après, par suite de la marche naturelle du mal.

Obs. IV. — Petite fille âgée de 2 ans et neuf mois, prise du croup le 26 mai 1886. Le lendemain, la respiration est accélérée (54 inspirations par minute); le tirage commence. Dans la nuit, des accès de suffocation rendent la trachéotomie nécessaire.

Chloroformisation jusqu'à anesthésie complète. L'enfant se réveille rapidement après l'introduction de la canule.

Malgré une amélioration notable qui dure cinq jours, l'enfant succombe à une broncho-pneumonie que M. Houzel croit avoir été causée par la pénétration du pus dans la trachée et dans les bronches, en dépit des précautions antiseptiques prises pendant toute la durée du traitement.

Le Dr Houzel fait suivre ses quatre observations de commentaires qui méritent d'être résumés. Considérant que, dans les cas qu'il a rapportés, le chloroforme, « loin d'augmenter l'asphyxie, a régularisé et ralenti la respiration, que de faibles doses ont suffi, pour anesthésier ces malades dont la résistance vitale était amoindrie »,

que la période d'excitation a manqué, que le réveil n'a été suivi ni de nausées, ni de vomissements, il pense que la chloroformisation n'offre pas plus de danger dans le cours d'une trachéotomie que dans toute autre circonstance ; mais c'est à la condition que l'asphyxie ne soit pas parvenue à son dernier terme. En pareil cas, si l'opération n'expose pas à un plus grand péril, du moins elle est inutile puisque l'asphyxie atténue la sensibilité générale et peut même l'éteindre entièrement.

La discussion ne peut porter que sur les cas de gravité moyenne, où l'opération est urgente sans être imposée par un danger de mort trop proche. Il me semble que la question n'est pas de celles qu'on peut trancher d'un mot. Elle offre plusieurs côtés à envisager séparément. C'est ce que je vous demande la permission de faire brièvement.

Et d'abord, toutes les trachéotomies sont-elles justiciables de la chloroformisation ? Autrement dit, y a-t-il dans certaines indications de cette opération une contre-indication formelle à l'anesthésie ? Il serait, selon moi, difficile d'arriver à des conclusions précises si la question était mal posée. J'envisagerai donc séparément les diverses circonstances où l'on peut être appelé à agir. Mes remarques s'appliqueront d'ailleurs aussi bien à la laryngotomie qu'à la trachéotomie.

a. Faut-il donner le chloroforme pour la trachéotomie préliminaire ou préventive ? Je n'y vois, pour mon compte, aucun inconvénient, puisque les voies aériennes sont libres et que le malade n'est pas en état d'asphyxie commençante. Il suffira de bien faire l'hémostase, avant l'incision de la trachée, pour éviter la chute dans les voies aériennes d'une quantité de sang capable de nuire à la respiration ; on devra en plus cesser la chloroformisation immédiatement avant ce dernier temps.

J'ai fait récemment deux laryngotomies intercricothyroïdiennes dans ces conditions, préalablement à l'extirpation d'un cancer de l'amygdale et du pharynx, et, comme je devais m'y attendre, il n'est survenu aucun incident fâcheux.

b. Dans une deuxième catégorie de faits, se placent tout naturellement les trachéotomies ayant pour but de combattre l'asphyxie commençante ou confirmée. Ce sont ceux qui prêtent le plus à la discussion, et j'avoue qu'il me serait difficile de poser dès aujourd'hui des conclusions nettes, si les formes différentes de l'asphyxie elle-même ne m'en fournissaient les bases.

Il y a, en effet, des asphyxies purement mécaniques ; il y en a de spasmodiques. J'élimine en bloc, dans cette analyse sommaire, toutes celles qui se rattachent à une lésion matérielle des poumons ou des bronches, ou à une modification profonde du sang ; en un

un mot, toutes celles qui ne comportent pas l'action chirurgicale.

L'asphyxie purement mécanique se définit d'elle-même. Le tube laryngo-trachéal est entièrement ou presque entièrement obturé par un corps étranger, par la tuméfaction inflammatoire des tissus, par d'abondantes et épaisses fausses membranes. Ici le chloroforme ne peut guère qu'exagérer la stase sanguine dans les poumons; il augmente le danger, pour un instant très court, je l'accorde, mais ce danger est déjà si grand que la mort, survenant pendant l'opération, laisserait certainement un doute dans l'esprit du chirurgien sur l'étendue de la responsabilité encourue et serait encore bien plus certainement interprétée par la famille de l'opéré dans un sens défavorable.

Je crois donc sage de s'abstenir, conformément à la tradition qui règne encore en maîtresse.

S'agit-il, au contraire, d'une asphyxie purement spasmodique, les conditions de l'opération sont tout autres, et l'anesthésie, loin de surajouter un danger à celui qui existe déjà, devient rationnelle. Elle peut par elle-même suspendre l'asphyxie commençante, bien loin de l'exagérer. L'opération a lieu sur un être déjà soulagé par la cessation du spasme des voies aériennes supérieures.

Malheureusement, la distinction des asphyxies mécaniques et spasmodiques n'est pas aussi simple en clinique. Dans beaucoup de cas, il y a combinaison des deux formes. Le spasme s'ajoute à l'obstruction.

S'il y avait un moyen de déterminer la part d'action de ces deux facteurs, le problème serait singulièrement simplifié. Or, je n'en connais pas de meilleur que le chloroforme lui-même. Même dans le cas de croup, son action antispasmodique peut se révéler dès les premières inhalations. Trois fois sur quatre, M. Houzel a constaté que très rapidement il régularisait et ralentissait la respiration. N'est-ce pas la preuve que d'emblée il amène la détente des fibres musculaires en état de contracture? J'ai fait la même remarque sur un homme à qui j'ai pratiqué, il y a peu de jours, la trachéotomie pour un cancer du larynx.

Reste à savoir si, dans tous les cas, cette détente immédiate devra se produire. Il n'en serait peut-être pas ainsi si l'obstruction mécanique était presque absolue. Peut-être même en pareille circonstance la chloroformisation aurait-elle pour résultat d'augmenter l'asphyxie. C'est ce que j'ai vu récemment sur un sujet auquel M. Th. Anger se disposait à enlever un goitre volumineux. L'asphyxie devint si complète qu'il fallut se hâter de faire la trachéotomie. Mais ici la trachée était aplatie et laissait à peine passer l'air. L'obstruction mécanique était tout, le spasme ne jouait aucun rôle dans l'asphyxie menaçante antéopératoire.

Pour trancher la question en face d'un croup, je serais assez disposé à proposer pour *critérium* justement l'action des premières inhalations chloroformiques sur le sujet. Si la respiration se régularise et se ralentit immédiatement, si la teinte asphyxique des téguments de la face tend à s'animer, il me semble qu'on est autorisé à continuer. Si ces changements favorables n'ont pas lieu de suite, il y aurait danger à poursuivre; la chloroformisation est contre-indiquée. Quelques bouffées de chloroforme n'auront pas pu aggraver sérieusement la situation.

Vous voyez, messieurs, que tout en acceptant la légitimité de la chloroformisation pour un certain nombre de trachéotomie, je suis bien loin de vouloir en généraliser l'emploi.

Avec M. Houzel, qui a eu soin de faire ses réserves, je la repousse comme périlleuse pour tous les cas où l'asphyxie déjà très prononcée peut faire craindre la mort pendant l'opération, pour ceux aussi où l'on ne serait pas suffisamment sûr de ses aides ou de soi-même, pour ceux où l'on agit dans des conditions défectueuses. Je la repousse encore comme inutile dans la plupart des cas, si l'on doit employer un procédé très rapide comme celui de M. de Saint-Germain, si l'on ne se sert pas du thermocautère, si enfin on a affaire à un malade courageux pour qui une incision n'est pas un épouvantail.

Mais, comme on peut avoir à compter avec la pusillanimité des malades, avec la résistance des parents à toute opération sans anesthésie, il est bon de savoir que le péril de la chloroformisation, dans les circonstances déterminées plus haut, n'est pas assez grand pour arrêter le chirurgien. Nous devons savoir gré à M. le Dr Houzel d'avoir contribué à le démontrer, et reconnaître que pour avoir répété quatre fois l'épreuve dont il est sorti à son avantage, il a fallu qu'il fût doué d'un véritable tempérament chirurgical.

Je vous propose donc :

1° De lui voter des remerciements;

2° De déposer ses observations aux archives;

3° De l'inscrire en bon rang sur la liste des candidats au titre de correspondant national, lorsque l'occasion s'en représentera.

Discussion.

M. Lucas-Championnière. Nous avons rarement l'occasion de faire la trachéotomie, excepté chez l'adulte, mais nous donnons encore rarement du chloroforme.

Cependant, étant à Nice, j'ai eu à faire une trachéotomie avec le

Dr West (de Londres). Ce dernier se montra fort étonné de ce que je faisais l'opération sans endormir le malade, ajoutant qu'à Londres c'était là une pratique courante. Depuis, j'ai pratiqué deux trachéotomies chez des adultes asphyxiant et en état de mort apparente; je me suis servi du chloroforme. Or, contrairement à ce que j'attendais, l'asphyxie ne s'aggrava pas; les phénomènes, au contraire, semblèrent s'amender.

Cependant je redoute ordinairement davantage les accidents pulmonaires que ceux qui surviennent du côté du cœur.

On peut supposer que le malade augmente l'asphyxie qui le menace en faisant des efforts désespérés. Ceux-ci sont abolis par l'anesthésie; le calme renaît et l'asphyxie diminue.

On voit quelque chose d'analogue se produire chez les femmes qui sont en travail d'accouchement. Le chloroforme, donné à doses faibles, diminue les douleurs, alors les efforts sont moins violents, plus réguliers, et malgré cela ils sont peut-être plus puissants que ceux qui s'accompagnent de douleur.

M. Terrier. La chloroformisation avant la trachéotomie n'est pas nouvelle; elle est d'un usage habituel en Angleterre. M. Gouguenheim, mon collègue à l'hôpital Bichat, pratiquait ainsi toutes ses opérations sur la trachée.

Je crois que, même en présence d'une asphyxie très avancée, il faut endormir les malades. Les affections du cœur constituent pour l'anesthésie une contre-indication plus nette, mais difficile à apprécier.

M. Richelot. Pour les adultes (une des observations de M. Houzel a trait à une dame de 34 ans), on peut toujours éviter l'anesthésie en pratiquant la laryngotomie inter-cricothyroïdienne.

Cette opération est facile, rapide, et peut-être y a-t-il lieu de s'étonner que, depuis qu'elle a été jugée très favorablement à la Société de chirurgie, nos confrères paraissent avoir oublié ce fait important : *chez l'adulte*, il y a presque toujours mieux à faire que la trachéotomie; le procédé de choix est la laryngotomie intercricothyroïdienne.

M. Verneuil. En 1862, j'ai anesthésié un malade auquel je pratiquais une thyroïdectomie pour l'ablation des polypes du larynx. C'était la première fois que j'employais le chloroforme pour une opération de ce genre. J'ai remarqué aussitôt combien la respiration se régularisait à mesure que le malade était anesthésié. Depuis, j'ai souvent endormi mes opérés, mais sans employer cette méthode d'une façon générale, ni absolue.

En effet, quand les malades sont très asphyxiés par l'obstacle à

la respiration, ils sont tellement somnolents et insensibles, qu'ils résistent à peine à l'opération.

D'après M. Le Dentu, il ne faut pas employer l'anesthésie quand l'état asphyxique est trop avancé; on a la crainte de voir mourir le malade pendant l'opération. Or, j'ai perdu deux malades asphyxiant pendant le cours de l'opération; je n'avais cependant pas donné de chloroforme. En pareil cas, l'emploi de ce dernier aurait été incriminé comme cause de la mort.

Le rapport de M. Le Dentu aura rendu le service de vulgariser cette méthode, de diminuer les craintes de nos confrères et des médecins ordinaires, et de faciliter beaucoup aussi cette opération toujours émouvante.

Tous les praticiens, connaissant l'opinion de la Société de chirurgie sur ce sujet, n'hésiteront pas à s'en servir.

M. Le Fort. J'ai depuis trente ans fait mes trachéotomies sous l'influence de l'anesthésie, et toujours avec avantage. D'après M. Le Dentu, il faudrait distinguer l'asphyxie, par cause mécanique de celle produite par une cause spasmodique; pour cette dernière seule, l'anesthésie serait indiquée.

Je suis d'un avis différent du sien. Quand il existe un spasme des muscles laryngiens, qui empêche le passage libre de l'air, la période d'excitation produite par le chloroforme pourrait exagérer cet état et produire la mort instantanée.

J'ai pu me rendre compte de ce phénomène à propos d'un cas que j'ai observé chez un tétanique. Comme il avait un violent spasme de la glotte qui menaçait de le tuer par asphyxie, je donnai un chloroforme pour pratiquer l'amputation du membre, siège de la blessure primitive.

Après quelques inspirations de l'agent anesthésique, le spasme de la glotte s'accrut rapidement, et il mourut asphyxié en quelques secondes.

J'ai observé les mêmes phénomènes sur un autre tétanique, mais, heureusement, je me suis arrêté à temps et la mort n'a pas eu lieu.

M. Berger. Il me semble que le chloroforme peut être administré lorsqu'il y a menace d'asphyxie. Je ne suis pas d'accord avec M. Le Fort sur l'interprétation des faits qu'il a observés. Trois fois j'ai administré le chloroforme dans le cas de tétanos grave; les malades avaient une gêne respiratoire considérable. Toujours l'anesthésie a amélioré leur état.

Le même bénéfice a été obtenu chez un malade atteint de goitre suffocant.

Donc, contrairement à l'opinion de M. Le Fort, je suis d'avis de

donner du chloroforme dans les états spasmodiques de la glotte. Seulement je ne le donnerais qu'à une certaine limite, sans atteindre la résolution complète; car les phénomènes d'asphyxie augmenteraient quand tous les réflexes seraient abolis.

M. Th. Anger. Dernièrement, pour opérer un individu atteint du goitre, j'ai voulu l'endormir, mais aussitôt l'asphyxie menaçante m'a empêché de continuer.

M. Le Dentu. M. Terrier me reproche de ne pas considérer l'anesthésie avant la trachéotomie, comme étant une pratique courante. Or, j'affirme qu'il en est ainsi presque toujours, au moins en France, où ce moyen est très rarement employé. Dans nos livres classiques, on en parle à peine; je ne connais aucun travail d'ensemble sur ce sujet; enfin, les faits observés à l'hôpital Bichat ne sont pas publiés, et j'avais le droit de les ignorer. Le fait de thyroïdectomie précédé par l'anesthésie pratiqué en 1862 par M. Verneuil, est très intéressant, mais ne pouvait servir de règle générale à propos de la trachéotomie.

Quant à la pratique des Anglais et des Américains, elle est peu connue en France, et peut-être moins répandue chez eux qu'on veut bien l'affirmer.

Pour terminer, je dirai que je suis d'accord avec M. Berger sur ce fait, que le chloroforme tend à faire cesser l'état spasmodique. C'est ce qui semble ressortir des observations de M. Houzel.

Communication.

M. Doyen lit un travail sur les relations qui existent entre les microbes et les calculs vésicaux (M. Schwartz, rapporteur).

Présentation d'instrument.

M. le Dr Pozzi présente un porte-aiguille construit sur ses indications par M. Collin. Il est destiné à l'emploi des aiguilles plates, courbées suivant les bords, qui ont l'avantage d'être moins fragiles et plus pénétrantes que les aiguilles ordinaires. Ce porte-aiguille, plus léger que ceux qu'on a employés jusqu'ici au même usage, est d'un maniement facile; il se démonte et se nettoie faci-

lement. M. Pozzi le recommande, en particulier, pour les opérations gynécologiques, fistules, colporrhaphies, périnéorrhaphies, etc.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,
TERRILLON.

Séance du 6 avril 1887.

Présidence de M. LANNELONGUE.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications scientifiques de la semaine ;

2° *Note sur quatre cas de thyroïdectomie*, par le Dr A. REVERDIN (de Genève), membre correspondant étranger ;

3° *Leçons cliniques sur la chirurgie orthopédique*, du Dr LEWIS A. SAYRE (de New-York), traduites sur la seconde édition, par le Dr H. THORENS, avec une préface de M. POLAILLON ; offert par Mme Thorens ;

4° M. le Dr DEROUBAIX (de Bruxelles), membre associé étranger, envoie à la Société un exemplaire de ses nombreux et importants travaux de chirurgie : *Traité des fistules uro-génitales de la femme ; Des sutures ; Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Jean ; Annales de l'Université de Bruxelles ; De l'ablation de la langue*, etc.

A propos du procès-verbal.

De l'anesthésie dans la trachéotomie,

Par M. F. TERRIER.

Messieurs, lorsque dans la dernière séance j'ai pris la parole à propos du rapport de notre excellent collègue M. Le Dentu, j'ai rencontré parmi vous quelques incrédules et le rapporteur lui-

même m'a fait comprendre que les opinions des auteurs que je citais étaient presque inédites, et ne pouvaient par conséquent pas être relatées.

C'est pour en appeler de ce jugement que je prends encore la parole à propos du procès-verbal. Dans la séance du 28 novembre 1883, notre collègue des hôpitaux, M. Gouguenheim, présenta les pièces provenant d'un malade mort trente-six heures après une laryngotomie inter-cricothyroïdienne, et, à ce propos, le présentateur insista sur la chloroformisation dans la trachéotomie et signala la disparition ou la diminution des accidents dyspnéiques par les inhalations de l'anesthésique [1].

Le travail de M. Gouguenheim fut renvoyé à l'examen de notre excellent collègue le Dr Nicaise, antérieurement chargé d'un rapport sur la laryngotomie inter-cricothyroïdienne.

Toujours est-il que, à propos d'une communisation de M. G. Richelot [2], M. Nicaise lut ici un petit travail sur la laryngotomie inter-cricothyroïdienne, travail dans lequel il cite le cas de M. Gouguenheim, mais ne parle pas de l'anesthésie dans l'opération [3]. Nous étions en 1886, c'est-à-dire 3 ans après la présentation de M. Gouguenheim et ses remarques sur l'anesthésie avaient été certainement oubliées, ou plutôt M. Nicaise, comme il me l'a écrit, se réservait de faire un rapport sur ce point spécial. Cependant, notre collègue des hôpitaux avait continué à expérimenter cette anesthésie dans les opérations faites sur des adultes à l'hôpital Bichat, et il inspira à un interne des hôpitaux une thèse inaugurale intitulée : *De l'emploi du chloroforme dans la trachéotomie* [4].

Dans ce travail sont relatées 6 trachéotomies faites à Bichat avec anesthésie chloroformique ; l'une d'elles a été pratiquée par moi-même, et d'ailleurs, cette observation a été encore reproduite avec plus de détails dans le tome XII des *Annales des maladies de l'oreille et du larynx* publiées par M. Gouguenheim [5].

Si l'on se reporte au chapitre historique de la thèse que je viens de signaler, on n'aura qu'une idée bien incomplète de la question de l'anesthésie dans la trachéotomie. En effet, M. Soyer cite bien Chassaignac, quelques travaux faits en Angleterre, les thèses de Choukry (Paris 1878), d'Astier (Paris 1880), enfin Morell Mackenzie [6],

[1] *Gazette médicale de Paris*, n° 48, 1er décembre 1883, p. 576, et *France médicale*, 1er décembre 1883, p. 778.

[2] *Bull. et Mém. de la Soc. de chirurgie*, t. XII, 1886, p. 226.

[3] *Ibid.*, t. XII, 1886, p. 278 et suiv.

[4] M. Soyer, *Thèse de Paris*, soutenue le 2 août 1884, n° 384.

[5] *Un cas de paralysie, dite des crico-aryténoïdiens postérieurs*, etc.; in-8° *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, t. XII, p. 347, 1886.

[6] *Traité pratique des mal. du larynx, du pharynx*, etc., trad. franç., 1882.

Paris. — Société d'imp. PAUL DUPONT (Cl.) 40.4.87. *Le Gérant :* G. MASSON.

l'un des rares auteurs anglais qui rejette l'anesthésie par l'éther ou le chloroforme dans la trachéotomie. Mais c'est tout, et de nombreux travaux, que je ne ferai que mentionner, sont passés sous silence et bien à tort.

Dans la *Gazette des hôpitaux* [1], en 1855, puis dans son *Traité clinique des opérations chirurgicales*, en 1862 [2], Chassaignac s'élève contre l'emploi des anesthésiques dans la trachéotomie ; il craint que la respiration, déjà difficile, ne soit définitivement entravée par les inhalations de l'anesthésique. Toutefois il revient plus loin sur cette anesthésie, et d'après son expérience il a acquis « la certitude que les anesthésiques, administrés avec beaucoup de douceur et de précautions, rendent des services réels ». Et à l'appui de son dire il rapporte un fait de trachéotomie avec anesthésie dans le croup, suivi de guérison ; cette opération aurait eu lieu le 15 janvier 1857 [3].

D'ailleurs l'opinion primitive de Chassaignac était acceptée par bien d'autres chirurgiens, parmi lesquels Evans (*Edinb. Med. Journ.* 1859), Kuhn, et Szymanowski (*Bemerkungen zur Technik der Tracheotômie*) [4]. Ce dernier chirurgien admet que le danger de la trachéotomie est augmenté par l'anesthésie chloroformique et que la mortalité des trachéotomies faites avec les anesthésiques est plus grande que celle où la narcose n'est pas utilisée.

Dans les rapports du comité institué par la Société royale médico-chirurgicale de Londres, à propos de l'usage et des propriétés du chloroforme, rapport inséré dans les *Transactions médico-chirurgicales* de 1864, il est dit que, dans les cas qui requièrent la laryngotomie et la trachéotomie, les anesthésiques peuvent être employés en toute sécurité et avec avantage [5].

Cette manière de voir fut acceptée par les classiques anglais, car John E. Erichsen [6] la préconise dans la quatrième édition de son traité. Sauf les cas où l'asphyxie est extrême, et dans lesquels la sensibilité est abolie, on peut donner du chloroforme pour faire la trachéotomie. Il fait cesser le spasme laryngien, d'où la respiration souvent plus facile après anesthésie. De plus, celle-ci simplifie les

[1] De l'emploi des anesthésiques dans l'opération de la trachéotomie (*Gaz. des hôp.*, 12 avril 1855, p. 169).

[2] *Trachéotomie*.

[3] Observation et réflexion sur la trachéotomie dans le croup (*Gazette médicale*, 5 décembre 1857, p. 777).

[4] *Prager Vierteljahrsch. f. d. prakt. Heilkunde*, t. LXXIX, p. 1, 1863.

[5] Report of the committee appointed by the Royal Med. a. Surg. Society to inquire in the uses and the physiological, therapeutical and toxical effects of chloroform (*Med. chirurg. transactions published by the Roy. Med. a. Surg. Soc. of London*, t. XLVII, p. 323, 1864).

[6] *The science and art of Surgery*. 4e éd. London, 1864, p. 927.

manœuvres opératoires; aussi y a t-il toujours recours quand il a affaire à des enfants.

Chez l'adulte, il ne croit pas utile de faire l'anesthésie pour la laryngotomie.

En Allemagne, l'anesthésie, dans la trachéotomie, fut entièrement acceptée par Simon de Rostock[1], en 1866. Tout d'abord, ce chirurgien avait hésité; mais, depuis 1863, il suivit l'exemple d'autres opérateurs et reconnut l'heureuse influence de la chloroformisation, qui régularise la respiration et facilite l'opération en supprimant les mouvements intempestifs de l'enfant. En parlant des chirurgiens qui l'avaient précédé dans cette voie, Simon pense probablement à Langenbeck (*Med. central Zeit.*, 1859), à Roser et à Fock : nous n'avons pu vérifier par nous-même ces indications.

L'année suivante, Howard Marsh publiait dans les *Rapports* de l'hôpital de Saint-Bartholomé un travail sur la trachéotomie chez les enfants; et parlant des difficultés opératoires dues aux efforts des enfants et aux mouvements de la trachée, il ajoute que ces difficultés opératoires peuvent être supprimées par l'emploi du chloroforme. Il n'est pas dangereux, l'auteur l'a vu utiliser dans plus de vingt-cinq cas ; et administré avec soin et lentement, il diminue le spasme laryngien, l'étendue des mouvements de la trachée, enfin facilite l'opération en provoquant l'immobilité du sujet. Il est bien certain que cette administration du chloroforme est inutile quand l'asphyxie est telle que l'enfant a perdu connaissance et ne se débat plus.

L'auteur ajoute que West, Jenner, Paget, Holmes, Smith, Gee, utilisent tous le chloroforme pendant la trachéotomie[2].

Cette administration du chlorotorme aux enfants qu'on doit trachéotomiser, mais qui ne sont pas encore en pleine asphyxie et anesthésiés par le fait même de la maladie, est encore recommandée par F. Busch en 1869[3]. Jamais, dit-il, on n'a observé d'accidents imputables à l'anesthésie, qui offre, au contraire, de grands avantages.

L'influence heureuse de l'anesthésie chloroformique sur le spasme du larynx, qui existe toujours plus ou moins chez les enfants qu'on trachéotomise, est encore signalée par Thomas[4], par H. Bose[5]. Ce

[1] Tracheotomen bei croup (*Deutsche Klinik*, 1866, p. 378).

[2] On Tracheotomy in Children : its method, its dangers, and its difficulties (*Saint-Bartholomew's Hosp. Reports.* London, 1867, t. III, p. 331).

[3] Satistischer Bericht u. das Kœrigl. chir. Univ. Klinik zu Berlin f. das Jahr. 1869 (*Arch. f. Kl. Chirurgie*, t. XI, p. 6. Berlin, 1869).

[4] Remarks on tracheotomy (*The Lancet*, vol. II, p. 446, 28 septembre 1872).

[5] Zur Technik der Tracheotomie (*Arch. f. K. Chirurgie*, t. XIV, p. 137, 1872).

dernier rappelle les opinions opposées de Chassaignac, Symanowsky, Evans et Kuhn, et attribue à tort à Langenbeck la première opération de trachéotomie faite avec anesthésie (en 1859).

Du reste, l'anesthésie pour pratiquer la trachéotomie fut acceptée facilement en Allemagne, car en 1877 Krönlein [1], fournissant une statistique de 567 opérations de trachéotomie pour le croup, fait remarquer que, sauf dans les cas où les sujets étaient tout à fait asphyxiques, l'opération fut toujours faite sous la narcose chloroformique. Elle ne donne lieu à aucun accident et offre des avantages de sécurité tels que les chirurgiens qui l'auront employée ne voudront plus s'en passer.

D'un autre côté, Max Schüller [2] prescrit l'emploi du chloroforme dans la trachéotomie faites pour combattre les obstacles à la respiration ; elle est très bien supportée, même dans l'asphyxie avancée; grâce à elle, on calme la respiration et on permet une opération correcte. Les mêmes idées sont défendues par Gerhardt [3] dans son *Traité des maladies des enfants*. Telle paraît être aussi l'opinion de H. Duret [4] dans sa thèse d'agrégation en 1880. Snow, dit-il, a montré depuis longtemps que la chloroformisation ne lui paraissait pas contre-indiquée dans la trachéotomie ; et, sauf les cas de croup avancé dans lesquels l'asphyxie a produit l'anesthésie, Duret admet le bénéfice des inhalations chloroformiques. Les congestions et inflammations pulmonaires étendues contre-indiqueraient cependant l'anesthésie.

Notons que c'est en 1880 que parut à Londres le traité de M. Mackenzie [5], ultérieurement traduit en français, comme nous l'avons déjà dit, et dans lequel l'auteur rejette l'emploi des anesthésiques dans la trachéotomie, sous prétexte que le sang peut pénétrer dans la trachée lors de son ouverture et provoquer la suffocation. Il aurait vu deux cas de mort dus à cet accident.

En fait, Mackensie croit à l'insuffisance des réflexes et en particulier du réflexe trachéal, lors de l'anesthésie, opinion partagée par G. Passavant [6]. Toutefois, pour cet auteur, le chloroforme facilite beaucoup l'opération en supprimant les cris et les mouvements défensifs de l'enfant, et en rendant la respiration plus

[1] Diphtheritis und Tracheotomie (*Arch. f. K. Chirurgie*, t. XXI, p. 253, 1877).

[2] Die tracheotomie, laryngotomie und extirpation des Kehlkopfes (*Deutsche Chirurgie von Billroth und Lücke*, liv. XXXVII, ch. IV, p. 59, 1880).

[3] *Handbuch der Kinderkrank*, 6e volume, paru en 1880.

[4] Contre-indications à l'anesthésie chirurgicale (*Thèse d'agrég. en chirurgie*. Paris, 1880, p. 172-173).

[5] *Diseases of the Throat and Nose*. London, 1880, t. I, p. 547.

[6] Der Luftröhrenschnitt bei diphtherischen croup (*Deutsche Zeitschrift. f. Chirurgie*, t. XIX, p. 352, 1883).

calme. Comme conclusion, il faut chloroformiser les enfants qu'on opère de trachéotomie, sauf dans les cas où l'intoxication par asphyxie est fort accusée; alors il existe une anesthésie due à l'acide carbonique.

L'opinion de G. Passavant est exactement celle que formule Arthur E. Durham[1], dans le *System of Surgery* de Holmes et Hulke. Nous n'y insisterons pas plus longtemps.

Dans une discussion qui eut lieu à l'Académie de médecine de New-York, le 4 décembre 1884, A. Jacobi[2] soutint que l'emploi des anesthésiques est de toute nécessité dans la trachéotomie; loin d'augmenter le nombre des accidents mortels, ceux-ci seraient plus fréquents lorsqu'on n'utilise pas la narcose.

A l'éther, il préfère le chloroforme, qui agit plus vite chez les enfants.

Pour lui, les principaux dangers de la trachéotomie seraient donc : l'abstention de chloroforme et l'hémorrhagie.

Signalons en passant trois succès dus à S. Baruch et à H.-H. Lee dans des trachéotomies pour diphthérie avec usage des anesthésiques[3].

Le *Bulletin général de thérapeutique* du 30 mai 1884 contient un article de M. le Dr Gouguenheim[4] *sur le traitement local de la tuberculose laryngienne.* A la fin de cet article, mon collègue des hôpitaux discute l'opportunité de la trachéotomie dans ces circonstances toutes spéciales, et ajoute :

« L'exécution de cette opération ne nécessite pas habituellement une trop grande promptitude. Aussi est-il tout à fait avantageux d'anesthésier ces malades, ce qui permet d'opérer lentement et avec sécurité, avantage qui n'est pas à dédaigner, quand on sait les difficultés que l'on peut rencontrer quelquefois dans la trachéotomie de l'adulte. Du reste, l'anesthésie a encore pour résultat de diminuer la dyspnée; sous son influence, en effet, les bruits respiratoires diminuent d'intensité et le malade respire moins rapidement et plus profondément. »

J'ai déjà dit que M. Gouguenheim avait l'habitude de faire des trachéotomies en anesthésiant les malades. Je n'insiste pas plus, mais il n'a jamais trachéotomisé que des adultes.

Dans l'assemblée des naturalistes et médecins allemands, à Stras-

[1] *A system of Surgery by Holmes and Hulke*, 3e éd., t. I, p. 771. London, 1883.

[2] *The Medical Record.* N. York, t. XXVI, p. 666, 13 décembre 1884.

[3] *Ibid.*, t. XXVI, p. 534, 15 novembre 1884, et t. XXVII, p. 123, 31 janvier 1885.

[4] *Bull. gén. de thérapeutique*, 30 mai 1884, et tirage à part.

bourg, en 1885 [1], Ranke (de Munich) dit avoir toujours anesthésié les enfants, à l'exception de ceux qui étaient arrivés à un état d'asphyxie avancée.

Même opinion formulée par Edmond Owen [2] dans son *Manuel, sur les maladies chirurgicales des enfants en* 1885.

Je rappellerai encore :

1° Un article de Joseph E. Winters, sur le danger de la trachéotomie dans le croup [3] ;

2° La discussion de J. Solis Cohen, sur l'anesthésie dans la trachéotomie dans l'*Encyclopédie internationale de chirurgie* [4], qu'il tend à rejeter, avec note indiquant que le Dr Capart (de Bruxelles) endort toujours les malades qu'il opère ;

3° Quelques considérations sur la trachéotomie, par Packard, dans les comptes rendus de la Société médicale de Pensylvanie [5]. L'auteur préfère l'usage du chloroforme à celui de l'éther.

4° Enfin une analyse de soixante-dix-sept cas de trachéotomie, par Robert W. Lovett [6]. Il s'agissait d'enfants atteints de diphthérie. Dans plus de la moitié des cas, on n'eut pas recours à l'anesthésie, l'insensibilité résultant de l'asphyxie par désoxygénation du sang; dans les autres, on eut recours à l'éther et au chloroforme ; mais tandis que le premier produit du spasme, le second le fait disparaître.

Messieurs, en terminant cet exposé, fort incomplet d'ailleurs, je vous demande pardon d'avoir abusé de votre temps, mais je tenais à démontrer que la question de l'anesthésie dans la trachéotomie est de date ancienne. Que non seulement cette anesthésie est applicable à l'adulte, mais encore que de nombreux chirurgiens l'ont utilisée avec succès chez les enfants et dans les cas de croup, en Allemagne, en Angleterre et en Amérique. Elle mériterait donc d'attirer l'attention des membres de la Société, et il serait à cet égard fort intéressant de connaître les opinions de nos collègues chargés des services d'hôpitaux d'enfants.

Discussion.

M. Lucas-Championnière. A propos de cette opération, je demande

[1] *Semaine médicale*, 1885, p. 333, et *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, t. XII, p. 190, 1886.

[2] *Surgical diseases of Children*. 1885, p. 35.

[3] *The medical Record*. N. York, t. XXVII, p. 594, 30 mai 1885.

[4] *Encyclopédie internationale de chirurgie*, t. VI, p. 91. Paris, 1886. (Note du Dr Poyet.)

[5] *The medical Record*. N. York, t. XXIX, p. 687, 12 juin 1886.

[6] *Ibid*. N. York, t. XXIX, p. 384, 3 avril 1886.

à faire quelques observations. Il me semble assez inutile de recourir à une opération compliquée, difficile et délicate.

Avec la résection du coude classique, telle qu'on la pratique le plus souvent, suivie d'un pansement simple mais très aseptique, on obtient un résultat bien meilleur. Le coude est simplement maintenu sur un coussin sans appareil compliqué, et dès le quinzième jour on fait des mouvements méthodiques, qui rétablissent rapidement la fonction.

J'ai opéré dernièrement un enfant qui, au bout de trois semaines, avait un résultat plus satisfaisant que celui que vous venez de voir au bout de deux mois.

Dans le cas de résection osseuse pour tumeur blanche, on a à lutter contre des difficultés dues aux désordres osseux; il est donc impossible d'agir d'une façon méthodique. Au contraire, quand il s'agit d'une ankylose, les os sont intacts, on peut enlever ce qu'on juge à propos, et aussi exactement que possible.

Or, dans ce cas, il vaut mieux enlever une grande quantité d'os, c'est à cette condition que les mouvements se rétablissent facilement et qu'on n'a pas à craindre la tendance nouvelle à l'ankylose.

J'ai opéré il y a deux ans, devant M. Farabeuf, un enfant atteint de l'ankylose du coude. Tous les os qui forment les surfaces articulaires furent coupés assez loin, et les jointures, les mouvements se rétablirent parfaitement.

Mais il est nécessaire de faire une opération aseptique pour éviter la suppuration et favoriser la réunion rapide des parties par des tissus fibreux.

Le drainage bien fait assure l'écoulement des liquides et favorise la réunion. Aussi je ne comprends pas ceux qui accusent le drainage de favoriser la nécrose; celle-ci ne survient que quand il y a rétention et suppuration.

Déjà j'ai assisté à cette tendance que manifestent certains chirurgiens à faire des opérations complexes et à tailler des os qui s'emboîtent facilement, comme le font les os primitifs au niveau d'une articulation parfaite.

C'est là une illusion. On ne doit pas chercher à refaire une articulation parfaite idéale, mais on doit surtout s'efforcer de redonner les mouvements physiologiques et de rendre au membre sa solidité.

On y arrive avec les opérations les moins parfaites, on échoue avec les opérations compliquées. C'est là un fait d'observation. Il faut chercher la fonction et non la régularité et la perfection du rouage qui sert à la produire.

M. Terrier. Ce qui a guidé M. Defontaine est un fait assez connu, que les résections donnent souvent des résultats incomplets

ou aléatoires, au point de vue de la solidité, de l'articulation nouvelle ou de sa fonction.

Il a donc cherché à refaire une articulation aussi parfaite que possible.

J'ai vu opérer M. Championnière, qui, grâce à l'asepsie complète de ses plaies, arrive à de beaux résultats; aussi je partagerais assez volontiers son avis sur les opérations simples, mais largement pratiquées.

Je diffère de l'opinion de M. Lucas, en disant que l'opération de M. Defontaine ne peut pas être considérée comme une opération difficile. Pour un vrai chirurgien, cette difficulté n'existe pas.

En tout cas, le malade présent ici travaille sans ménagement; il se sert de ses bras assez bien pour l'usage qu'il désire. On peut donc dire que le résultat est bon.

Rapport.

Ankylose osseuse rectiligne du coude. — Ankylo-ostéotomie-trochléiforme. — Guérison parfaite. — Solidité de l'articulation, le bras pouvant soulever 50 kilogrammes.

Rapport par M. le Dr Terrier.

Tel est le titre de l'observation qui fut adressée à la société de chirurgie par le Dr Defontaine, médecin en chef du Creusot.

Voici le fait :

T... Louis, 19 ans, se fit une fracture du coude, avec issue des os, en tombant d'un arbre, le 18 juin 1883; traité par l'immobilisation dans une gouttière, des cataplasmes et le pansement au cérat, il finit par guérir, mais avec une ankylose presque rectiligne de l'avant-bras sur le bras; la main, en demi-pronation, ne peut être portée en supination.

L'examen du coude permet de constater une subluxation du radius en avant, une cicatrice adhérente large de 5 centimètres, située au-dessus de l'épitrochlée, à l'olécrane, qui paraît normal ainsi que le tendon du triceps, et trois cicatrices à la face externe du bras, dont une au-dessus de l'épicondyle. Ces cicatrices externes résultent d'ouvertures d'abcès, tandis que l'interne tient à l'issue des os à travers la peau, lors de l'accident.

Pour remédier à cet état d'impotence fonctionnelle, M. le Dr Defontaine pensa tout d'abord à la résection sous-périostée; mais, craignant de sacrifier une trop grande étendue des os et de n'obtenir qu'une articulation peu solide, il se décida pour une autre méthode opératoire : l'ostéotomie.

Le but qu'il se proposa d'atteindre fut de pratiquer une section osseuse courbe, rappelant l'échancrure sigmoïde par sa forme et sa situation ; l'extrémité humérale conservant la forme d'un cylindre transversal s'emboîtant dans la gouttière cubito-radiale. Cette section devait aller du sommet de l'olécrane au bec coronoïdien, en passant sur l'épicondyle et l'épitrochlée ; c'était faire l'ostéotomie de l'ankylose, mais une ostéotomie en forme de trochlée, d'où le nom *d'ankylo-ostéotomie trochléiforme* adopté par l'auteur pour caractériser son intervention.

De plus, il fallait empêcher la soudure des os, séparés par cette section, et pour obtenir ce résultat M. Defontaine plaça le membre de son opéré dans un appareil articulé permettant les pansements et les mouvements de flexion et d'extension.

L'appareil qu'il fit construire se composait de deux tiges métalliques articulées chacune à leur partie moyenne, au niveau de l'axe de rotation de la nouvelle articulation, c'est-à-dire sur le prolongement d'une ligne passant par l'épicondyle et l'épitrochlée. Chacune de ces tiges, placées l'une en dedans, l'autre en dehors du membre, était courbée sur le plat de façon à s'écarter de l'articulation sur laquelle on devait agir. Ces tiges, faites en laiton nickelé, larges de 25 millimètres et épaisses de 1 millimètre, étaient un peu malléables, sauf à leur partie moyenne, destinée à rester écartée du coude, et qui, pour avoir plus de résistance, avait 2 à 2 millimètres et demi d'épaisseur.

L'extrémité antibrachiale de ces tiges était libre et droite ; quant à l'extrémité brachiale, elle se terminait par une branche transversale, d'où leur forme de T dont les deux extrémités transversales furent recourbées pour s'accommoder à la forme et à la circonférence du bras.

« De plus, des trous de 2 millimètres de diamètre furent percés dans ces tiges près de leur bord, six trous pour la partie antibrachiale et huit pour la partie brachiale. » Ces trous étaient destinés au passage des fils qui devaient aider à fixer sur chaque face des tiges seize feuilles superposées de tarlatane, ces feuilles cousues et fixées aux extrémités brachiales et antibrachiales des tiges articulées, dont l'appareil fut placé sur le bras, de façon à couper les feuilles de tarlatane et à faire avec elles deux demi-gouttières brachiales et deux demi-gouttières antibrachiales.

Les demi-gouttières brachiales entouraient le bras depuis l'aisselle jusqu'à l'extrémité supérieure des incisions projetées, et les deux demi-gouttières anti-brachiales entouraient l'avant-bras depuis son quart supérieur jusqu'au poignet.

Les tiges furent trempées dans le plâtre, ainsi que les demi-gouttières en tarlatane, et on les appliqua sur le membre à opérer pour les enlever dès que le plâtre fut solidifié.

« J'obtins ainsi, dit M. Defontaine, à chaque extrémité de mes tiges articulées une demi-gouttière plâtrée faisant avec la gouttière de la tige opposée le tour du membre. J'eus soin d'écarter légèrement les bords de ces gouttières plâtrées, de façon qu'elles ne serrent pas trop la peau et ne puissent la pincer par leur rapprochement. »

Le chirurgien avait ainsi un appareil solide et articulé au milieu de la future section osseuse, appareil permettant les pansements et permettant aussi des mouvements de flexion et d'extension, chose fort importante pour atteindre le but qu'on se proposait, c'est-à-dire la mobilité des segments osseux : brachial et antibrachial, l'un sur l'autre.

En dehors, incision verticale de 6 centimètres ; puis, à l'aide d'une rugine, décollement des parties molles de l'os, en allant en arrière jusqu'à l'olécrane. Cette incision externe fut prolongée en bas, au-dessous de l'épicondyle, mais seulement dans une étendue de 1 centimètre pour ménager la branche postérieure du nerf radial ; puis en avant, décollement des parties molles jusqu'un peu au-dessous du bec de l'apophyse coronoïde, toujours à l'aide d'une rugine.

Notons que ce décollement fut sous-périosté dans sa plus grande étendue, ce qui permit de ménager les vaisseaux externes.

En dedans, au-dessus de l'épitrochlée, incision verticale de 6 centimètres passant aussi au niveau de la cicatrice interne ; puis décollement à la rugine des parties molles en avant et en arrière. Dans le but de ménager plus sûrement le nerf cubital, M. Defontaine fit sur le bord postérieur du cubitus, et à partir du sommet de l'olécrane, une incision verticale de 5 centimètres, par laquelle il put rejoindre l'incision latérale interne en rasant l'os.

Les parties molles ainsi décollées, elles furent écartées, en avant à l'aide de l'écarteur Farabeuf, en arrière avec des morceaux de bandes imbibées de solution de sublimé. Alors, la fine lame à chantourner de la scie de Farabeuf fut passée en arrière de l'humérus, le tranchant tourné vers l'olécrane, et le trait de scie transversal de dehors en dedans fut conduit d'arrière en avant selon un plan courbe allant du sommet de l'olécrane au sommet de l'apophyse coronoïde. On obtint ainsi une surface de section courbe, figurant un quart de segment de cylindre, laissant au-dessous d'elle les parties osseuses antibrachiales et au-dessus les apophyses internes et externes de l'humérus.

M. Defontaine put alors imprimer des mouvements de flexion et d'extension à l'avant-bras, mais l'angle de flexion ne pouvait aller au-delà de 130° environ, ce qui tenait à la rétraction du triceps sur le sommet de l'olécrane en arrière, et en avant au contact des surfaces humérale et cubitale. Voici comment on remédia à cette insuffisance de flexion : avec la scie passe-partout, on enleva un demi-centimètre de l'olécrane au-dessus de l'insertion du triceps ; puis replaçant la lame de la scie de Farabeuf en avant, le tranchant dirigé perpendiculairement sur les os de l'avant-bras, et à 4 ou 5 millimètres de la sortie du premier trait de scie, M. Defontaine agrandit la nouvelle échancrure sigmoïdienne aux dépens de sa partie antérieure, en dirigeant la scie suivant une surface courbe à peu près concentrique à la première section, de façon à retrouver cette section primitive vers la base de l'olécrane.

Du côté de l'extrémité inférieure de l'humérus, qui fut assez facilement amenée au dehors par l'incision externe, on fit l'abrasion de son bord

antérieur, à l'aide d'un trait de scie courbe, se confondant bientôt avec la première surface de section.

En fait, du côté de l'avant-bras, comme du côté du bras, on dut, en avant, enlever un copeau osseux à concavité supérieure, afin de faciliter et d'augmenter la flexion de l'avant-bras sur le bras.

L'opération fut ainsi terminée, on enleva la bande d'Esmarch et il n'y eut pas de ligature à faire, l'écoulement sanguin en nappe fut arrêté par d'abondantes irrigations avec la solution de sublimé.

Le pansement fut fait avec du protective, recouvert de coton hydrophile imbibé de la solution de bichlorure au millième, le tout maintenu par une bande de tarlatane et enveloppé d'une feuille de gutta-percha laminée. Alors, le membre fléchi à angle droit fut placé dans l'appareil plâtré à attelles latérales, maintenu lui-même par une bande. La masse et les doigts furent laissés libres.

Le lendemain (7 avril), on dut renouveler tout le pansement imprégné de liquide sanguin. On saupoudre les plaies d'iodoforme, et on replace le pansement.

Le 4e jour, nouveau pansement. Léger mouvement d'extension, puis on replace le coude à angle droit.

Le 7e jour, pansement. On entoure le bras et l'avant-bras de ouate, pour éviter le contact direct et pénible des gouttières plâtrées. Encore un mouvement d'extension.

Le 9e jour, pansement et extension.

Cette manière de faire fut continuée d'abord tous les 2 ou 3 jours, puis tous les 4 ou 5 jours, et à chaque pansement on faisait un mouvement d'extension de l'avant-bras. D'abord assez douloureux, ces mouvements furent bientôt faciles, et le malade put les exécuter lui-même.

Au bout d'un mois environ (10 mai), les gouttières plâtrées furent supprimées et le membre fut placé dans une écharpe ordinaire. Enfin, le 1er juin, soit moins de 2 mois après l'opération, les plaies étaient cicatrisées; on supprima tout pansement et le malade commença à se servir de son bras. La flexion arrive à 80-85°; l'extension à 155°; l'angle de mobilité est donc de 75° environ.

Le 5 juillet, soit 3 mois après l'opération, la mobilité de l'article nouveau est maintenue; toutefois la flexion a diminué de 5 à 10°. L'opéré se sert très librement de son bras, porte à bras tendu 5 kilogrammes (il en porte 10 du côté sain), et soulève 50 kilogrammes à 15 centimètres du sol. Par la flexion du coude jusqu'à l'angle droit, il soulève 10 kilogrammes du côté sain et 4 du côté opéré.

Les mouvements ont lieu facilement, sans frottement anormaux; seuls les mouvements de pronation et de supination ne sont pas rétablis parce que les 2 os de l'avant-bras étaient soudés l'un à l'autre et qu'on n'a pas cherché à y remédier. Enfin les doigts de la main, qui n'ont jamais été immobilisés, et à juste titre, sont parfaitement normaux.

Aujourd'hui[1], c'est-à-dire un an juste après l'opération, l'état de l'arti-

[1] 6 avril 1887. M. Defontaine présente son opéré à la Société de chirurgie

culation du coude est resté le même, mais la force du bras est plus considérable.

Cet homme soulève facilement 50 kilogrammes avec le bras opéré, et les soutient à une hauteur quelconque et pendant longtemps. Il ne fait pas mieux du côté sain.

A bras tendu, il élève et tient facilement 10 kilogrammes, comme du côté sain.

C'est dans l'élévation d'un poids par flexion du coude que la différence de force des deux bras s'accuse : du côté sain, il soulève avec peine 15 kilogrammes, et du côté opéré 10 seulement.

Depuis l'opération, cet homme a travaillé comme manœuvre aux aciéries Bessmer; ce travail pénible à fait naître dans l'articulation nouvelle des frottements, surtout perçus dans les mouvements obliques; M. Defontaine espère qu'ils disparaîtront, nous ne pouvons partager cet espoir.

La flexion dépasse toujours l'angle droit et les doigts arrivent facilement à la bouche; quand à l'extension, elle arrive à la rectitude presque absolue.

Le volume des extrémités osseuses n'a pas diminué après l'opération.

Dans les quelques remarques qui suivent son observation, M. Defontaine insiste avec raison sur l'importance de l'appareil amovo-inamovible, qu'il faut utiliser après la section osseuse, appareil destiné d'une part à bien maintenir le membre dans l'angle droit, et d'autre part à permettre des mouvements d'extension.

Aux gouttières plâtrées, aux attelles métalliques, il préférerait des gouttières en cuir, moulées sur le bras, l'avant-bras, lacées et montées sur tiges articulées. Ces gouttières seraient préférables en ce sens qu'elles seraient plus souples et ménageraient les téguments. D'ailleurs on peut obtenir ce résultat quand on fait usage des gouttières plâtrées, en ayant soin de recouvrir les téguments d'une couche de ouate, comme l'a fait M. Defontaine.

Quant à l'opération elle-même, on pourrait s'efforcer d'accentuer la courbure de la section osseuse, et la faire d'un plus petit rayon; toutefois il sera difficile d'obtenir d'emblée une flexion parfaite, et il faudra très probablement recourir souvent à une ou plusieurs corrections.

Enfin l'auteur insiste sur l'emploi des antiseptiques, sur l'absence de suture et de drainage, qui permettrait une guérison rapide. Ici nous ne partageons pas cette opinion, l'usage des antiseptiques est nécessaire, il n'est pas besoin d'y insister, ils s'imposent à tout chirurgien digne de ce nom. Mais on peut parfaitement suturer les incisions latérales et y mettre de petits drains, quitte à les enlever au bout de trois à quatre jours; ces drains ne détermineraient pas de nécrose, comme le croit l'auteur, et ils seraient nécessairement liés à la suture des parties molles.

Du reste, dans son premier pansement, il est un point que je ne m'explique pas, c'est l'usage du protecteur sur des plaies avec un pansement au bichlorure. Le protecteur est utile pour le pansement de Lister pur; pour les autres, il ne signifie rien, ce que ne paraissent pas comprendre bien des chirurgiens, car je l'ai vu employé avec un pansement ouaté !

Mais je n'insiste pas sur ce point de rechange des pansements. L'iodoforme était indiqué dès le début, et M. Defontaine l'a vite utilisé, je n'hésiterais pas à faire comme lui, mais en faisant des sutures et le drainage. Étant donnée sa méthode opératoire, la réunion par première intention s'impose selon nous.

En résumé, l'opération faite par M. Defontaine me paraît nouvelle et des plus intéressantes. Ce n'est pas une résection à proprement parler, car les segments osseux enlevés pour parfaire la section curviligne de l'ankylose n'ont rien de comparable avec ce qu'on fait dans une résection méthodique. Pour l'auteur, il s'agit d'une ostéotomie trochéiforme, et en effet le trait de section de l'os est concave en haut, de façon à conserver ou plutôt à rappeler les formes de l'articulation normale, qui, dans ce cas, est une trochlée.

Le résultat a été aussi bon que possible, comme vous avez pu vous en assurer, c'est-à-dire que ce mode d'intervention doit être préféré très probablement à la résection classique, surtout lorsqu'on veut avoir une articulation solide, point d'une importance capitale dans le cas actuel.

Je vous propose, messieurs, de déposer le travail de M. Defontaine dans nos archives et d'adresser des remerciements à l'auteur, vous rappelant qu'il est candidat au titre de correspondant national.

Communication.

Kyste hydatique de la face convexe du foie, traité et guéri par l'ouverture large avec excision partielle de ses parois,

Par L. Landouzy et Paul Segond.

Depuis la remarquable observation que M. Terrier vous a communiquée le 27 mai dernier, le traitement des kystes hydatiques du foie par ouverture large avec ou sans excision des parois a fait en France de nouveaux adeptes. Les opérations se sont multipliées, les succès obtenus par MM. Richelot, Lucas-Championnière, Monod, Poulet, Reclus, Le Fort, vous ont été successivement présentés, des articles importants ont été publiés, et le temps n'est pas éloigné,

sans doute, où la laparotomie aura définitivement conquis la place qu'elle mérite dans le traitement de certains kystes hydatiques du foie. Toutefois, la méthode nouvelle ne jouit pas d'une faveur unanime; elle n'est pas du reste applicable à tous les cas, et, pour ceux-là mêmes qui la préconisent, ses indications ne sont pas encore posées avec toute la netteté désirable. La question reste donc à l'ordre du jour, et la publication des faits isolés conserve son intérêt. C'est la raison d'être principale de cette communication, et l'observation qui en fait l'objet est, à plus d'un titre, pensons-nous, digne de fixer votre attention. Il s'agit, en effet, d'un kyste de la face convexe du foie traité par l'incision large de la poche avec résection partielle de ses parois et de la couche de tissu hépatique dont elles étaient partout recouvertes. Pratiquée dans ces conditions spéciales, le 28 août 1885, notre opération est la première en date parmi celles dont les résultats vous ont été communiqués.

Voici le fait :

Le 28 juillet 1885, pendant notre commune suppléance dans les deux services de clinique de la Charité, un jeune pâtissier de 15 ans, Jules Br..., est venu demander un lit dans les salles de M. Trélat pour se faire traiter d'une tumeur, ou mieux, comme il le disait lui-même, d'un « gonflement douloureux » siégeant au niveau du foie et s'accompagnant d'une gêne de la respiration assez accusée. De petite taille et de constitution chétive, ce jeune garçon racontait que son mal datait de trois mois environ. Jusqu'alors il s'était bien porté, mais depuis le mois d'avril il éprouvait au niveau du foie des douleurs passagères, souvent assez vives. Il lui semblait que « cette partie de son corps enflait tous les jours », à ce point qu'il avait dû très vite relâcher ses vêtements. Il avait, disait-il encore, craché depuis trois semaines, à plusieurs reprises, des « petites peaux qui ressemblaient à des grains de raisin sucés ». Enfin, tous ces symptômes s'étaient peu à peu compliqués d'un sentiment d'oppression et de gêne respiratoire assez pénibles, survenant au moindre mouvement précipité et mettant obstacle, en fin de compte, à toute occupation active.

Sans doute « ces petites peaux ressemblant à des grains de raisin sucés » étaient des hydatides expulsées par voie bronchique, mais nous ne les avions pas vues. Le récit de notre jeune homme n'avait pas moins dirigé notre esprit vers le diagnostic kyste hydatique, et l'exploration de la région hépatique a bien vite confirmé notre opinion. Le bord antérieur du foie se laissait percevoir dans le flanc droit, à deux travers de doigts environ au-dessous du niveau de l'ombilic. On le suivait par la palpation jusqu'à cette dernière région. Au delà, les sensations devenaient moins nettes. En revanche, toute la zone sus-ombilicale de l'abdomen était mate d'un flanc à l'autre. Bref, nous étions en présence d'un très gros foie. Il était, en outre, facile de constater qu'il était occupé par une importante collection liquide. Au-dessous du rebord des fausses côtes droites, on voyait, en effet, une

sorte de voussure convexe en tous sens, large comme la main et nettement fluctuante. A son niveau, la main et l'oreille percevaient à chaque mouvement respiratoire des frottements péritonéaux secs, attestant l'existence d'une péritonite circonscrite. Le frémissement hydatique n'existait pas. L'auscultation du cœur et des poumons ne révélait rien d'anormal. L'état général était bon.

Dans ces conditions, le diagnostic de kyste hydatique de la face convexe du foie avait pour lui toutes les probabilités. Les renseignements donnés par le malade sur ses crachats antérieurs nous portaient de plus à penser qu'une communication tout au moins temporaire, s'était établie avec les bronches. Il nous restait à contrôler notre opinion par une ponction aspiratrice. Nous nous disposions à pratiquer cette petite opération, lorsque, dans la nuit du 10 au 11 août, notre malade a été pris d'un violent accès de suffocation bientôt suivi d'une vomique et d'une éruption d'urticaire étendue à presque toute la face antérieure du thorax et de l'abdomen. Nous n'avons malheureusement pas vu les matières rendues (le veilleur de nuit s'étant empressé de les jeter), mais il était impossible de conserver le moindre doute sur leur nature. C'était bien des hydatides, « des grains de raisin sucés, » comme le disait encore notre malade. Elles avaient été rendues en très grande abondance, si bien que le 11 au matin, la poche intra-hépatique s'était complètement affaissée. En même temps, nous trouvions le malade en proie à une dyspnée assez forte, et l'examen direct de la poitrine faisait constater des râles muqueux, fins et moyens, disséminés dans tout le côté droit. Nous ne pouvions songer à une ponction et nous avons attendu quelques jours pour prendre une détermination. La température axillaire qui s'était brusquement élevée jusqu'à 40° le 11 août au matin est retombée à 37° le 14 et s'est maintenue telle jusqu'au 20.

A cette date, l'état général, jusque-là très rassurant, s'est gravement modifié et la température axillaire s'est élevée de nouveau, oscillant entre 38°,5 le matin et 39°,5 le soir. L'anorexie est devenue complète, la langue sèche et la soif très vive. En même temps, la tension de la poche a reparu, la main constatait à son niveau une légère élévation de la température locale. Bref, le contenu du kyste suppurait, nous ne pouvions en douter. En présence de cet état de choses, la temporisation n'était plus de mise, et l'urgence d'une évacuation complète de la poche nous paraissant indiscutable, nous avons opté pour l'incision large du kyste. Voici les temps principaux de l'opération que nous avons pratiquée le 28 au matin.

Chloroformisation. Précautions antiseptiques d'usage. Incision de 15 à 20 centimètres parallèle au rebord des fausses côtes droites et située à deux larges travers de doigts au-dessous de lui (cette incision, dont l'extrémité supérieure gagnait la ligne médiane, correspondait, par son milieu, à la partie la plus saillante du kyste. Division des muscles de la paroi. Après hémostase convenable, section du péritoine pariétal dans toute l'étendue de la plaie. Le foie, largement découvert, se montre à nous avec sa coloration normale. Le péritoine viscéral est dépoli et relié à la paroi par un certain nombre

de fins tractus blanchâtres, mais il n'existe pas d'adhérences vraies. La membrane kystique, partout recouverte de tissu hépatique, n'est apparente en aucun point, mais la rénitence spéciale de la face antérieure du foie nous fait espérer que la poche n'est pas trop éloignée. Pour faciliter la prise de ses parois, nous l'évacuons partiellement à l'aide d'une ponction aspiratrice qui donne issue à une palette de sérosité louche. Cette évacuation permet de plisser la face antérieure du foie et de la fixer avec une pince à kystes) (cette fixation nous était d'autant plus utile que le foie s'abaissant et s'élevant dans une étendue notable à chaque mouvement respiratoire, ce va-et-vient continuel gênait beaucoup nos manœuvres). Cette pince, une fois placée, deux fils d'argent sont passés aux deux extrémités de la plaie, perpendiculairement à son grand axe. Ces deux fils qui transfixent le kyste par leur milieu immobilisent le foie contre la paroi abdominale. Garnissant alors les bords de la plaie avec des éponges pour éviter toute effusion de liquide dans l'intérieur de la cavité péritonéale, la poche est incisée. Nous n'arrivons dans son intérieur qu'après avoir sectionné une couche de tissu hépatique épaisse de 1 centimètre à 1 centimètre et demi. L'hémorrhagie qui en résulte est très facilement maîtrisée par la compression des éponges et nous évacuons en un instant une pleine cuvette de vésicules hydatiques baignant dans un liquide séro-purulent. Le liquide qui s'écoule en dernier lieu n'est pas purulent et contient beaucoup de bile.

Ayant constaté que les parties déclives du kyste descendent au-dessous de la plaie abdominale et forment un cul-de-sac favorable à la stagnation des liquides, nous attirons au dehors les parois kystiques et le tissu hépatique qui les recouvre, puis nous en réséquons une quantité égale à l'étendue des deux mains. Cette manœuvre fait correspondre la plaie abdominale à la partie la plus déclive du kyste, dont les dimensions restent suffisantes pour que la main étendue y pénètre tout entière. Pour terminer l'opération, nous fixons solidement à la paroi abdominale les lèvres de l'incision hépatique par une couronne de sutures assez rapprochées. Chaque fil comprend successivement dans son anse la paroi abdominale, le feuillet pariétal du péritoine et la paroi kystique. Enfin, la cavité kystique est soigneusement lavée à l'eau phéniquée faible, et 4 gros drains longs de 15 centimètres sont placés dans la plaie. De la gaze iodoformée, une épaisse couche de coton hydrophile et un bandage de corps forment le pansement. Notons, pour n'y plus revenir, qu'il nous a été impossible de voir ou de toucher l'orifice de communication du kyste avec les voies respiratoires.

Les suites de cette opération ont été d'abord fort simples. Jusqu'au 27 septembre, aucun accident n'est venu troubler les progrès de la cicatrisation. Tous les fils ont été enlevés le 10e jour. Les adhérences étaient très solides. La température axillaire, qui montait à 40° la veille de l'opération, est tombée à 38° le soir même. Sauf deux ascensions à 39°, le 30 août et le 1er septembre, le chiffre de 38°, comme température du soir, s'est maintenu jusqu'au 10 septembre. Du 10 au 27 septembre, le thermomètre placé dans l'aisselle n'a jamais donné plus de 37° à

37°,4. La plaie n'offrait ni rougeur ni gonflement; l'appétit était bon; les fonctions digestives ne laissaient rien à désirer et la cavité kystique revenait rapidement sur elle-même. Le seul phénomène sur lequel nous ayons à insister durant cette période, c'est l'abondant écoulement de bile qui se faisait par la plaie. Toutes les pièces du pansement étaient constamment imprégnées de bile et devaient être renouvelées plusieurs fois par jour. Pendant six semaines au moins, cet écoulement est resté très abondant. Au bout de ce temps, les matières fécales, complètement décolorées, ont repris leur aspect normal, et l'écoulement de bile s'est beaucoup réduit. Il a néanmoins persisté fort longtemps, car, au mois de janvier, le pansement présentait souvent encore des taches vertes caractéristiques.

Mais n'anticipons pas et revenons à l'état de notre malade. Le 28 septembre, il était, comme nous le disions, très satisfaisant ; mais, à cette époque, il y avait à la Charité plusieurs cas d'érysipèle, et, brusquement, nous avons assisté, le 29 septembre, à l'éclosion de cette complication chez notre opéré. Un frisson *violent*, une ascension brusque à 40°,5, une céphalalgie très vive et quelques vomissements ont marqué le début du mal. L'érysipèle, né sur la lèvre supérieure de la plaie, a très vite envahi les téguments de la partie antérieure du thorax jusqu'au niveau du mamelon. En même temps, éclataient sur l'appareil pulmonaire des troubles de la plus haute gravité caractérisés par une dyspnée intense, avec toux fréquente, pénible, et expectoration muqueuse. L'examen physique faisait reconnaître : à droite, une congestion pulmonaire limitée à la partie inférieure du poumon ; à gauche, une broncho-pneumonie pseudo-lombaire étendue aux deux tiers inférieurs. Ce ne fut qu'au bout de deux jours, sous l'influence d'une revulsion intensive et du sulfate de quinine donné à haute dose, que les troubles pulmonaires s'amendèrent.

Cependant l'érysipèle s'éteignait. Le 7 octobre, la température axillaire, qui s'était maintenue depuis le 29 septembre entre 39° et 40°,5, tombait à 38°, et le 18 octobre tout mouvement fébrile avait disparu. A partir de ce jour, aucune autre complication n'est survenue, la cicatrisation a repris sa marche régulière et, vers la fin de décembre, notre jeune homme, fort engraissé, pouvait être considéré comme guéri. Il conservait toutefois au millieu de la cicatrice un trajet fistuleux, mesurant 3 centimètres de profondeur. Aussi bien, restions-nous convaincus qu'il se fermerait de lui-même. A cet égard, notre attente a été déçue. Le malade a quitté la Charité le 20 février 1886, pour se rendre à Vitry chez ses parents. Il est venu nous voir au mois de mai et son trajet fistuleux persistait encore. Un pansement mal fait était sans doute l'une des causes de cette survie fistuleuse, car il nous a suffi d'une cautérisation au nitrate d'argent pour obtenir huit jours après la cicatrisation définitive. A l'heure actuelle la cicatrisation s'est maintenue, le jeune homme, revu par nous il y a quelques semaines, jouit d'une parfaite santé.

Cette observation unique ne comporte pas de longs commentaires

et ne saurait autoriser des déductions trop absolues. Nous désirons pourtant revenir en quelques mots sur la nature des complications qui ont entravé la guérison, sur la valeur des indications auxquelles nous avons obéi et sur le mode opératoire que nous avons adopté.

En dépit de la coïncidence de l'érysipèle et des troubles pulmonaires, nous ne pensons pas que ceux-ci doivent être imputés à un érysipèle interne : ni la symptomatologie, ni la marche, ni le mode de terminaison, ne témoignent en faveur de ce diagnostic. Nous croyons plutôt qu'il s'est agi d'un processus inflammatoire par continuité de tissu, d'une inflammation pulmonaire partie du kyste. Nous avons eu la bonne fortune de voir l'irritation pulmonaire enrayée cette seconde fois comme elle l'avait été la première, alors que la poche kystique s'était, la nuit, ouverte dans les bronches, et qu'elle avait, le lendemain, donné naissance à une véritable bronchite traumatique. A ce propos, nous dirons qu'ayant posé dès les premiers jours d'août notre diagnostic, et qu'étant tombés d'accord sur les indications de l'intervention opératoire, nous aurions peut-être pu éviter cette complication en pratiquant plus vite la ponction exploratrice. Du moment que l'intervention chirurgicale était reconnue nécessaire, il n'y avait en effet, les événements l'ont bien prouvé, que dangers ou inconvénients à temporiser. Nous ne voulons pas insister sur ce fait intéressant, et déjà plusieurs fois signalé, de l'apparition de l'urticaire au moment même de la rupture d'un kyste hydatique. Nous appelons seulement l'attention sur la macilence extrême dans laquelle était tombé notre opéré par le fait même de sa déperdition biliaire. Cette issue continuelle d'une grande quantité d'une humeur à la fois excrémentitielle et recrémentitielle menaçait gravement notre malade, tant par le fait même de la continuité de sa déperdition biliaire, que par les troubles secondaires de digestion et d'assimilation. Ce sont là, du reste, choses bien connues des physiologistes et des médecins (témoin l'observation de Wechselmann [1], dans laquelle on voit, à la suite de l'ouverture d'un kyste hydatique, hépatique, l'écoulement de la bile s'élever jusqu'à 750 grammes par jour). Dans notre cas, l'embonpoint n'a reparu que du jour où l'écoulement de la bile s'est réellement amoindri.

A côté des complications médicales dont il vient d'être question, nous devons une mention particulière à la persistance du trajet fistuleux et aux circonstances qui ont paru la favoriser. Pour cela, il nous faut insister sur une complication locale dont nous n'avons pas encore parlé. Vers la fin de la poussée érysipélateuse sur-

[1] *Centralblatt. f. Chirurgie*, n° 37, 1885. Travail analysé sur la *Revue d'Hayem*, t. XXVII, p. 640, 1886.

venue un mois après l'opération, un abcès s'est formé au-dessus de la plaie abdominale et son ouverture a mis à nu le cartilage du rebord costal dans l'étendue de quelques centimètres, si bien que nous nous sommes demandé si la résection des parties dénudées ne serait pas indispensable à la cicatrisation définitive. M. Trélat, consulté par nous sur l'opportunité de cette intervention, nous a conseillé d'attendre, et bien nous a pris de suivre son avis, car le cartilage dénudé s'est peu à peu recouvert de tissu cicatriciel, sans offrir la moindre exfoliation. Toutefois, cette cicatrisation ne s'est effectuée qu'au prix d'une adhérence solide entre le rebord costal et les téguments. Or, on peut encore aujourd'hui s'en rendre compte, c'est précisément cette adhérence qui nous a paru l'agent principal de la survie fistuleuse.

Voici quelle est en effet la disposition des cicatrices chez notre jeune homme : à deux petits travers de doigt au-dessous du rebord costal et parallèlmeent à ce rebord, on voit une ligne cicatricielle longue de 10 centimètres correspondant à la plaie abdominale ; juste au milieu et un peu au-dessus de cette ligne se trouve la cicatrice circulaire et froncée de l'ancien orifice fistuleux. Enfin, sur le rebord des fausses côtes, en face du milieu de la cicatrice abdominale, on constate une solide adhérence de quatre centimètres de long entre le rebord costal et les téguments. Mais ce n'est pas tout, et voici qui nous intéresse plus directement : l'extrémité supérieure de la cicatrice adhérente au rebord costal est reliée à la cicatrice froncée de la fistule par un cordon cicatriciel descendant. C'est à cette bride résistante qu'il faut certainement attribuer la longue survie de la fistule. Que se passait-il en effet avant la cicatrisation ? A chaque mouvement d'inspiration, la bride cicatricielle entraînée par l'élévation des côtes tirait sur la lèvre supérieure de l'orifice fistuleux, l'entr'ouvrait et créait ainsi des conditions très défavorables à sa prompte cicatrisation. Si nous insistons autant sur le rôle de cette bride, c'est pour bien montrer que chez notre malade le procédé opératoire n'est pas responsable de la survie fistuleuse.

Les indications qui nous ont fait opter pour l'ouverture large de la poche kystique en un seul temps nous ont paru formelles. Les phénomènes généraux et locaux attestaient la suppuration du kyste. L'urgence d'une évacuation immédiate et complète n'était donc pas douteuse. Or, la ponction simple ou même l'incision en deux temps nous exposant aux inconvénients d'une évacuation soit incomplète, soit retardée, nous avons pensé que l'incision directe et large du foyer réalisait toutes les conditions favorables à la guérison. La grande quantité des matières évacuées, leur purulence et la brusque amélioration imprimée à l'état général de l'opéré nous ont donné

raison. Aussi, le cas échéant, n'hésiterions-nous pas à suivre la même ligne de conduite.

Quant au procédé opératoire auquel nous avons eu recours, il est calqué sur celui dont on attribue la paternité à Landau. Ce procédé, fort simple et très sûr, n'est autre chose qu'une application au traitement des kystes hépatiques des règles générales auxquelles on se conforme toujours, lorsqu'il s'agit d'ouvrir par voie transpéritonéale une cavité pathologique ou normale dont on désire évacuer le contenu et fixer les parois aux lèvres de la plaie abdominale ; que l'on ouvre une collection kystique ou purulente quelconque par voie transpéritonéale, que l'on pratique un anus artificiel ou une gastrostomie, par exemple, les règles et la succession des temps opératoires se ressemblent fort et sont trop classiques pour que nous les décrivions. Nous voulons seulement revenir sur le temps opératoire dans lequel nous avons réséqué les parois kystiques et la couche du tissu hépatique dont elles étaient recouvertes.

Lorsqu'on est en présence d'un kyste hépatique très volumineux, lorsqu'il a franchi les limites du parenchyme et qu'il envahit une partie plus ou moins grande de la cavité abdominale, la nécessité de pratiquer la résection aussi étendue que possible des parois kystiques n'est pas discutable. Les observations de M. Terrier et beaucoup d'autres en témoignent. Mais lorsque les kystes, bien que volumineux, sont intra-hépatiques, lorsque le parenchyme glandulaire les entoure de toute part, les indications sont bien différentes et l'on peut se demander si la résection partielle des parois kystiques et par conséquent du tissu hépatique n'est pas une complication inutile ou même dangereuse. L'observation de notre malade et nos lectures nous portent à penser que cette question doit être jugée comme nous allons le dire. (Il est bien entendu que nous nous supposons en présence d'un kyste intra-hépatique voisin de la face convexe et n'ayant provoqué aucune adhérence entre le foie et la paroi abdominale.)

Dans ces conditions, si la couche de tissu hépatique qui recouvre le kyste est assez épaisse pour enlever toute souplesse à ses parois, même après évacuation du contenu, il ne faut évidemment pas songer à l'excision partielle. Alors même que la couche de tissu hépatique étalée sur le kyste serait fort mince ou même absente par places, une autre disposition pourrait encore faire proscrire ou tout au moins limiter beaucoup l'étendue de l'excision. Nous voulons parler de la friabilité parfois excessive des parois kystiques dans les points où elles ne sont pas recouvertes de tissu glandulaire. Cette altération était manifeste chez un malade opéré par l'un de nous il y a quelques mois d'un kyste hydatique de la convexe

du foie. La paroi kystique, à découvert dans une certaine étendue, présentait une sorte de sécheresse parcheminée et se déchirait à la moindre traction. M. Braine a publié ce fait dans sa thèse inau-7urale, et nous le citons uniquement pour montrer l'un des écueils possibles de la résection. Lorsque cette friabilité anormale des parois kystiques se présente dans les points qui doivent supporter les tractions nécessitées par la résection, il est bien clair que celle-ci ne doit pas être pratiquée, sous peine de voir le contenu du kyste se déverser dans le péritoine. Pour des raisons analogues, on évitera autant que possible de placer les sutures sur ces mêmes parties friables.

En dehors des conditions précédentes, si la poche kystique offre, malgré son enveloppe hépatique, assez de souplesse pour se laisser attirer au dehors, la résection partielle des parois cesse d'être dangereuse et peut être pratiquée. Mais, à notre avis, les indications de cette manœuvre ne sont pas, comme on pourrait le supposer, basées sur le désir de précipiter la cure en ajoutant aux avantages d'une évacuation complète les bienfaits d'une ablation. Dans les cas dont nous parlons, cette ablation reste fatalement restreinte, et comme l'a fort bien dit M. Poulet dans son article de la *Revue de chirurgie* (1886, p. 441), les observations publiées établissent qu'elle n'accélère pas la guérison. L'unique avantage de ces résections partielles est, croyons-nous, dans certains cas, de faire correspondre la plaie abdominale à la partie la plus déclive du kyste, de favoriser ainsi le libre écoulement des liquides, et de s'opposer par là-même à tout phénomène de rétention ou de stagnation. Nous n'avons pas eu d'autre but en reséquant une partie du kyste de notre malade. Nous avons pleinement réussi, et partant nous nous croyons autorisés à préconiser la même manœuvre dans les cas analogues à celui que nous avons opéré.

Nous terminerons là ces quelques réflexions, en espérant qu'elles trouveront crédit auprès de vous. Mais quelle que soit leur valeur, notre observation n'en reste pas moins un document favorable à la nouvelle méthode de traitement des kystes hydatiques du foie. Aussi bien adoptons-nous la conclusion générale que notre ami, M. P. Reclus, a formulée après avoir judicieusement analysé les faits qui vous ont été communiqués (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*). « Lorsqu'on soupçonne, dit-il, l'existence d'un kyste hydatique du foie, il faut pratiquer la ponction aspiratrice. Cette ponction est en effet sans danger; elle assure le diagnostic, et l'on dit qu'elle a suffi plusieurs fois pour amener la guérison. Mais dès que le liquide s'est reproduit, on aura recours à la laparotomie. Une incision large sur la ligne blanche ou, suivant le cas, parallèle au rebord des fausses côtes donnera sur la tumeur des renseigne-

ments précis ; au chirurgien de régler sa conduite ultérieure d'après la variété du kyste et ses conditions anatomiques. »

Discussion.

M. Reclus. Je suis d'avis que l'excision d'une portion du tissu du foie n'abrége pas d'une façon notable le temps nécessaire pour la guérison.

Dans le cas que j'ai opéré, l'excision était impossible à cause pe l'épaisseur du foie, et cependant la guérison complète s'est produite avec rapidité. En effet, elle fut totale au bout de deux mois, ce qui est relativement court pour une poche qui mesurait au moins 35 centimètres de profondeur.

M. Segond pense qu'en réséquant on peut éviter la déclivité de la poche par rapport à la plaie abdominale, et donner ainsi une issue plus facile aux liquides. Je crois que cette déclivité n'est pas inquiétante et qu'il ne faut pas s'en préoccuper. En effet, quand la poche est largement ouverte, elle est soulevée de bas en haut par la pression qu'exercent sur elle les intestins remplis de gaz. Aussi voit-on la poche se rétrécir rapidement et diminuer d'étendue, au point que la rétention des liquides est presque nulle, et que les lavages de la poche y sont faciles. Les anfractuosités disparaissent rapidement par ce mécanisme.

Aussi je conclus en disant que je ne suis nullement partisan d'une résection étendue.

M. Segond. J'ai bien constaté que la paroi postérieure de la poche est refoulée en haut ; mais il reste toujours, audessous du niveau de la plaie abdominale, une partie déclive que la pression intestinale ne saurait effacer. Aussi je n'hésiterais pas, en pareil cas, à faire une résection de cette partie déclive si elle était possible et si le tissu hépatique était suffisamment mince.

M. Reclus. Je répète que, dans le cas que j'ai observé, la déclivité était considérable et dans de mauvaises conditions pour l'écoulement des liquides ; cependant la guérison s'est faite sans accidents.

Communication.

M. Poncet (de Lyon) lit une observation intitulée : *Greffe par approche d'une pièce prise sur la fesse pour un ulcère de jambe.*

Ce travail est renvoyé à une commission (M. Berger, rapporteur).

M. le Président annonce que MM. Tillaux, Kirmisson et Segond ont été nommés au scrutin membres d'une commission pour examiner les titres des candidats pour la place vacante de membre titulaire.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,
TERRILLON.

Séance du 13 avril 1887.

Présidence de M. LANNELONGUE.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *Observation de métro-péritonite et pelvi-péritonite aiguës; abcès du ligament large; tentative de laparotomie,* etc., par le professeur Léon DUMAS (de Montpellier) ;

3° M. Th. ANGER s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

4° M. le ministre de l'instruction publique invite la Société à désigner, s'il y a lieu, des délégués pour le congrès des Sociétés savantes, qui se réunira le 30 mai prochain ;

5° M. TILLAUX demande un congé pendant le concours du bureau central.

Étaient présents à la séance les membres correspondants suivants :

MM. les Drs Thomas (de Tours), Heydenreich (de Nancy), Pamard (d'Avignon).

Rapport

Sur un mémoire du Dr Redard, intitulé : *De la désinfection des instruments chirurgicaux et des objets de pansement*,

Par le Dr Lucas-Championnière.

M. Redard nous a remis un mémoire considérable, intitulé : *De la désinfection des instruments chirurgicaux et des objets de pansement*, et, avec ce mémoire, l'appareil destiné à produire cette désinfection.

Le procédé choisi par lui pour arriver à stériliser d'une façon absolue consiste dans l'emploi de la vapeur sous pression, à l'aide d'un autoclave analogue à celui qu'on emploie dans les laboratoires pour les stérilisations. Dans cet autoclave, il y a deux compartiments : celui destiné à l'eau, et celui destiné à recevoir les instruments retenus par un panier métallique.

L'appareil est chauffé par une lampe à alcool, à becs multiples, qui pourrait avec avantage être remplacée par une couronne de gaz.

D'après M. Redard, la désinfection absolue des objets s'obtient à 120°, soit avec une atmosphère de pression. Pour bien des objets, il sera avantageux de ne pas monter aussi haut, de s'en tenir à 110°. Un petit manomètre donne toutes les indications de pression et, par conséquent, de température.

La manœuvre de cet instrument est assez simple, quoique un peu longue.

L'auteur affirme que la stérilisation des instruments est absolue, et il n'y a aucune espèce de raisons pour ne pas admettre comme parfaitement valables les expériences nombreuses qu'il a faites et qui paraissent très concluantes. Une série de tableaux indique les vérifications qu'il a faites sur les microbes les plus résistants et sur leurs germes.

Ce qui me paraît beaucoup moins concluant, c'est la critique qu'il fait des procédés de désinfections chimiques, en les comparant à sa méthode. Pour l'immersion des instruments dans l'eau, l'eau phéniquée, par exemple, pour arriver à démontrer que le sien est infiniment supérieur, l'auteur s'est placé dans des conditions dans lesquelles on ne se place jamais en pratique. Il a fait ses essais sur des instruments n'ayant subi aucun nettoyage proprement dit, mais seulement le trempage dans l'eau. Pour que ses expériences nous aient appris quelque chose, il faudrait qu'il eût démontré qu'un bistouri ou une pince bien nettoyés trempés dans une solution phéniquée à 5 0/0 et y ayant séjourné une demi-heure sont

encore couverts de microbes. Nous savions très bien avant lui qu'il est dangereux de procéder autrement.

Nous savons très bien que, plongée dans une solution phéniquée, une éponge contaminée est chose parfaitement insuffisante; aussi personne des chirurgiens qui font sérieusement de la chirurgie antiseptique ne se contente de cette désinfection.

Pour donner toute sa valeur à la comparaison cherchée par l'auteur, il aurait fallu étudier les procédés employés par les chirurgiens qui font de la chirurgie antiseptique.

Il aurait vu par exemple que nous ne nous servons jamais d'un trocart que lorsque canule et pointe ont été flambées, lavées à l'eau-forte et flambées à nouveau, procédé extrêmement simple donnant une sécurité absolue. C'était ce procédé qu'il fallait comparer au sien.

Il résulte de cette manière de faire que, quoique des expériences soient intéressantes, l'auteur n'a pas démontré l'extrême supériorité de son procédé sur des procédés habituellement employés.

Puis ce procédé même n'est pas sans inconvénient. Les instruments métalliques vont bien dans l'étuve, la chaleur ne paraît pas altérer sensiblement le tranchant. En revanche, tous les instruments à manche de bois se décollent. Il serait bon pour cet emploi d'avoir un matériel spécial.

J'avais espéré trouver dans l'emploi de cet appareil un procédé rapide pour la désinfection des éponges, qui nous donnent toujours tant de soucis, et que nous ne préparons que par un procédé très complexe. Malgré les affirmations de l'auteur, le résultat a toujours trompé mon attente. A 110°, les éponges absolument cuites ne peuvent servir à rien; à 100°, elles sont un peu moins dures. Mais même si la température n'a pas atteint 100°, elles ne sont pas utilisables. Il faut donc renoncer à ce procédé pour l'éponge, ou bien il faudrait renoncer à l'usage si précieux de l'éponge, puisqu'elle est devenue aseptique, même à perdre ses qualités.

Un autre inconvénient de cette manière de faire, c'est de ne pas être complète. En effet, il faut toujours, en sortant les instruments de l'autoclave, les immerger dans une solution antiseptique, sous peine de n'employer que des instruments qui recueillent les substances de l'atmosphère ou se contaminent au cours d'une opération.

Je ne signale que pour mémoire les petits ennuis et le coût de l'opération, parce qu'on s'en accommoderait fort bien pour un résultat parfait.

Il résulte pour moi des essais que j'ai faits, que dans la pratique courante le procédé de M. Redard n'est pas fait pour remplacer mes procédés simples et parfaitement suffisants.

En revanche, je serais très disposé à le considérer comme un excellent procédé de perfectionnement, à livrer de temps en temps à l'étuve les instruments les plus difficiles à nettoyer, surtout après certaines opérations. Toutes les fois que des instruments auraient été contaminés de façon à être difficilement nettoyables, au lieu de les faire passer par une série d'opérations un peu compliquées, je les mettrais dans l'étuve. D'une manière générale, je leur ferais volontiers subir cette opération sans préjudice de ce que nous avons l'habitude de faire. Ce complément de purification serait particulièrement applicable aux instruments les plus difficiles à nettoyer : pince, ciseaux, daviers, etc.

Si je ne trouve pas l'emploi de cet appareil très commode pour les instruments de chaque jour, je vois en revanche que son emploi serait précieux pour stériliser certaines pièces de pansement pour des compresses, pour de la gaze à mettre en contact de plaies, etc. Il y aurait là une application excellente de l'étuve à vapeur sous pression, à la condition toutefois d'employer un appareil de dimensions beaucoup plus grandes que celui présenté par M. Redard.

En conclusion, je ne propose pas de reproduire le mémoire de M. Redard, mémoire très long comprenant des détails très intéressants de bactériologie, mais de déposer son travail aux archives. Des remerciements seront adressés à l'auteur.

Je désirerais cependant encore que le dessin représentant l'appareil très ingénieux de l'auteur fût joint à mon rapport avec une courte description. Sans figure, il est difficile d'en donner une idée, et dans cette circonstance comme dans beaucoup d'autres, il est désirable que la description d'un instrument intéressant soit complète et facile à comprendre.

Discussion.

M. Kirmisson. Je ferai remarquer que j'ai vu un appareil entièrement semblable à celui de M. Redard dans la clinique du professeur Kocher (à Berne).

M. Pozzi. Chez le professeur Bergmann, à Berlin, il existe aussi un appareil de ce genre, dans lequel les compresses sont chauffées et stérilisées.

M. Championnière. Il n'y a pas besoin d'aller si loin ; depuis bien longtemps, et bien avant Kocher et Bergmann, je stérilisais à une haute température mes compresses et mes linges de pansement.

M. Kirmisson. C'est à une haute température (120°) et sous pression que manœuvre l'appareil de M. Kocher.

M. Pozzi. J'en dirai autant de l'appareil de Bergmann.

Rapport de M. Reclus.

Notre collègue M. Quénu a lu devant vous un court mémoire intitulé : *Des limites de la matrice de l'ongle; — application au traitement de l'ongle incarné*. J'ai été chargé de vous rendre compte de cet intéressant travail, et je vais le faire en quelques mots.

L'ongle est-il produit par le derme sous-unguéal tout entier, ou une portion seulement de celui-ci constitue-t-il la véritable matrice ? Pour la plupart des histologistes français, nous dit Quénu, toutes les cellules du lit forment de l'ongle; au contraire, d'autres prétendent que le derme situé en avant de la lunule est inepte à la fabrication de l'ongle issu de toute pièce de la région lunulaire et rétro-lunulaire. Et la preuve, d'après Arloing, en est que l'ongle n'est pas plus épais en avant qu'en arrière ; or, ses strates devraient être plus nombreuses à mesure qu'on se rapproche du bord libre, si les cellules auto-lunulaires ajoutaient de nouvelles couches à la lame rétro-lunulaire.

Une expérience bien simple de Quénu tranche la question : Après arrachement de l'ongle, il enlève la région rétro-lunulaire sans toucher à la réunion auto-lunulaire. Si toutes les cellules du derme sécrètent de la substance unguéale, la partie antérieure de l'ongle se reformera; si les cellules postérieures seules jouissent de cette propriété spéciale, l'ongle ne se reproduira en aucune de ces parties, et, sous le rapport de la régénération de l'ongle, l'extirpation du segment rétro-lunulaire équivaut à la destruction du lit total entier. C'est ce qu'a constaté notre auteur, et, après cette extirpation, l'ongle n'a pas reparu.

M. Quénu en a tiré cette conclusion que, pour éviter la récidive après l'opération de l'ongle incarné, il est essentiel de détruire tout le derme sous-inguéal; on obtient ce résultat à moins de frais avec une séparation plus facile et une guérison plus rapide ; voici le procédé qu'il nous propose : après arrachement de l'ongle, il fait une incision transversale en avant de la lunule, ou pour ainsi dire tangente au point le plus antérieur de l'axe du cercle pour dessiner cette lunule; sur les côtés, cette incision transversale dépasse les bourrelets fongueux et ne s'arrête qu'à peau saine.

Chacune des extrémités de l'incision transversale va être le point de départ d'une incision antéro-postérieure d'une longueur de 2 centimètres environ.

Ces trois incisions circonscrivent un lambeau que l'on dissèque jusqu'à son insertion postérieure. Ce lambeau comprend tout le derme de la lunule et de la gouttière rétro-inguéale, puis les téguments de la face dorsale et de la phalangette. D'un coup de ciseau, on résèque la portion antérieure de ce lambeau, celle qui forme la partie postérieure du lit de l'ongle ; et voici quel est alors l'aspect de la région : en allant d'avant en arrière, on trouve d'abord le derme sous-unguéal privé de son ongle, mais intact jusqu'à la lunule, puis une perte de substance qui correspond à la lunule, et au-dessus de la gouttière rétro-inguéale, enlevé, enfin, un lambeau de peau flottant. Il suffit de faire glisser, par la traction qu'exercent deux poils de crin de Florence, le lambeau de peau jusqu'au contact du derme unguéal respecté ; la perte de substance est comblée et sa résection primitive peut être obtenue.

A l'appui de son procédé, M. Quénu nous cite six observations : je puis en ajouter deux nouvelles; j'ai opéré par ce procédé des malades dans le service de clinique de l'Hôtel-Dieu, et dans ces huit cas le résultat a été excellent; dans aucun de ces cas la récidive n'a eu lieu; or, quelques malades ont été revus plusieurs mois après l'opération, la forme générale de l'ablation était conservée et la guérison est survenue du cinquième au vingt-deuxième jour. Le procédé de M. Quénu me paraît donc excellent et appelé à rendre des services.

Aussi, je vous propose d'insérer dans un Bulletin le court et substantiel mémoire de M. Quénu, qui tranche un point controversé d'anatomie et vous donne, par surcroît, un élégant procédé pour la guérison de l'ongle incarné.

Discussion.

M. Richelot. J'ai opéré une douzaine d'ongles incarnés par le procédé de M. Quénu. Le résultat immédiat a toujours été excellent. Il ne faut pas employer le pansement humide. L'iodoforme ne convient pas comme pansement sec.

M. Desprès. Mon expérience personnelle me permet de confirmer la théorie de M. Quénu. J'ai eu deux fluxions de poitrine, et chaque fois j'ai perdu mes ongles des pieds. Les ongles ont chaque fois repoussé, en partant du sillon unguéal. J'admets absolument la théorie de la reproduction de l'ongle par la lunule.

Quant aux ongles incarnés, je n'emploie pas le procédé de

M. Quénu, je me sers du procédé ordinaire; je saisis l'ongle dans sa longueur avec une forte pince et je l'enlève.

M. Reclus. Ce qu'a dit M. Richelot sur le mode de pansement me semble absolument exact, les pansements humides ne conviennent pas à cette pratique.

Quant à ce qu'a dit M. Després, je n'emploie les procédés compliqués que pour les gens qui peuvent conserver la matrice de l'ongle.

Chez une blanchisseuse âgée de 40 ans, dont l'ongle incarné datait de six ans, j'ai enlevé avec le cautère Paquelin la lunule, la rétro-lunule et toute la matrice de l'ongle. Elle est très bien guérie et marche parfaitement bien sans ongle.

Communication.

Des limites de la matrice de l'ongle. — Applications au traitement de l'ongle incarné,

Par M. Quénu, chirurgien des hôpitaux.

La communication que j'ai l'honneur de faire à la Société de chirurgie a trait à l'opération de l'ongle incarné. Cette affection n'a pas suggéré à l'ingéniosité des chirurgiens, depuis Paul d'Egine jusqu'à nos jours, moins de quinze à vingt procédés, sans parler du traitement par les pansements, les cautérisations ou l'arrachement simple.

Le perfectionnement que nous croyons apporter à la méthode qui met le plus à l'abri des récidives, celle de Pollin, adopté par MM. Tillaux, Le Dentu, etc., a été appliqué par nous à neuf cas d'onyxis doubles invétérés, et nous ne le recommandons du reste que pour ces cas. On sait que le procédé de Pollin consiste à pratiquer, après arrachement préalable de l'ongle, l'ablation partielle ou totale du derme sous-unguéal, suivant qu'il s'agit d'un onyxis unilatéral ou double. Nous n'avons pas besoin d'insister sur l'utilité de détruire tout ce qui est matrice d'ongle ; comme le dit justement M. Le Dentu (*Dict. Jac.*), « s'attarder à l'emploi de méthodes qui la respectent, c'est s'exposer à lasser la patience des malades et à rendre les récidives à peu près inévitables. »

Là est donc l'indication capitale : « Enlever la portion de peau qui fait de l'ongle. » Les chirurgiens que j'ai cités remplissent très bien cette indication, puisqu'ils enlèvent tout le derme en connexion avec l'ongle, à savoir la gouttière unguéale et tout le lit.

Nous croyons qu'ils en enlèvent trop et inutilement, qu'on peut sans inconvénient et qu'on doit, par suite, laisser au malade toute cette portion du lit de l'ongle qui est antérieure à la lunule.

Il est évident que Pollin et les autres chirurgiens se sont laissés guider par les travaux d'anatomie relatifs à la régénération de l'ongle.

Or, Kollicher et la plupart des histologistes français admettent que les cellules du lit concourent à renforcer l'ongle par sa surface inférieure. « Le derme sous-unguéal, dit M. Sappey, par la portion qui répond au corps de l'ongle, prend part aussi à son développement. » D'autres, au contraire, tels que Reichert, Ammon, Anna, Hutchinson, Arloing (*Th. agrég.*, 1880), soutiennent que les cellules ne forment pas le limbe cornéal à partir du bord antérieur de la lunule : la preuve en est, dit Arloing, que ce limbe a la même épaisseur à partir du bord antérieur de la lunule jusqu'à son bord libre. M. Le Dentu considère à tort la production de lamelles cornées sur le derme sous-unguéal après l'ablation de l'ongle comme une preuve de la fonction onychogénique du lit de l'ongle.

Personne ne soutient que le derme doublé de sa couche muqueuse de Malpighi ne fasse de l'épiderme corné. La question est de savoir si partout il fait de l'ongle. Il n'y a qu'un moyen de s'en assurer (et nous croyons être les premiers à l'avoir recherché), c'est, après avoir arraché l'ongle, de ne réséquer qu'une portion du lit, celle qui s'étend du bord convexe de la lunule jusqu'au fond de la rainure unguéale, et d'observer si l'ongle se reproduit, oui ou non.

Nous avons pratiqué cette opération chez six malades, nous avons revu deux d'entre eux, l'un quatre mois, l'autre cinq mois moins quatre ou cinq jours après l'opération. Un troisième a été revu par l'interne de service M. Récamier, quatre mois et demi après l'opération. Chez ces trois opérés, le derme sous-unguéal laissé en place était recouvert de plusieurs couches d'épiderme corné ; il n'y avait aucun tissu ressemblant à de l'ongle. Chez la malade opérée de cinq mois, il nous a suffi de détacher avec un bistouri deux ou trois lamelles épidermiques pour affleurer la surface du derme et voir les vaisseaux par transparence. Ainsi, après cinq mois, la couche cornée était assez peu épaisse, facilement séparable en lamelles par le bistouri (comme cela a lieu du reste pour tout épaississement épidermique), sans présenter la dureté et les caractères de la substance unguéale.

Pour plus de certitude, nous avons soumis à l'examen microscopique une des lamelles enlevées.

Nous avons traité un fragment par une solution de potasse à 40 0/0, suivant la technique de Ranvier, dissocié dans de l'eau

distillée, puis coloré soit au picrocarmin, soit à l'hématoxyline. Les cellules ainsi dissociées étaient minces, polyédriques, à peine colorées par les réactifs et *sans trace de noyau.*

Les cellules des ongles, traitées de la même façon, paraissent sphériques et, dans leur intérieur, montrent les vestiges d'un noyau. « Ce dernier caractère, dit M. Ranvier, suffirait à distinguer les cellules unguéales de celles qui forment la couche cornée de l'épiderme. » (Ranvier, *Technique*, p. 885.)

Nous avons ainsi donné la démonstration expérimentale d'un fait d'hystogénie controversé ; par là même, nous prouvons qu'il suffit, pour empêcher la reproduction de l'ongle, d'enlever la portion de derme correspondant à la lunule, jusqu'au fond de la gouttière. Quant au derme sus-unguéal, il est la matrice du perconyx, c'est-à-dire d'une simple lamelle épidermique. Notre conclusion, c'est qu'on peut limiter davantage les incisions nécessaires à l'opération de l'ongle incarné.

Nous conseillons les suivantes, pour les cas d'onyxis bilatéral :

L'ongle arraché, mener une tangente à la lunule ; de ses deux extrémités, faire partir de chaque côté une incision longitudinale qui empiète plus ou moins sur la face dorsale de la phalange, et qui prolonge, pour ainsi dire, sur cette face, les bords latéraux de l'ongle ; soulever avec une pince la lèvre superficielle de la gouttière unguéale, et pratiquer au fond une incision transversale qui complète le rectangle ABCD, où doit être inscrite toute la matrice de l'ongle qu'on résèque. Il reste alors à disséquer un petit lambeau dorsal CDEF, dont on avive le bord libre et qu'on applique sur la perte de substance, en le maintenant par des points de suture latéraux.

De cette façon, nous laissons au malade les deux tiers antérieurs du lit de l'ongle et une petite partie du derme sus-unguéal.

Dans certains cas, on pourrait être tenté de suturer le bord antérieur du lambeau au bord postérieur du lit restant ; mais le derme de celui-ci est généralement enflammé, et cette pratique ne nous a guère réussi dans deux cas ; nous préférons ne mettre que des points de suture latéraux, au risque de laisser un petit sillon transversal se combler par seconde intention.

Après l'exposé du procédé et de ses raisons d'être théoriques, voyons ses résultats.

Chez un malade opéré le 12 novembre, la réunion était complète le 25. (Obs. I.)

Chez un second, opéré le 12, et qui s'est levé le 16, malgré nos recommandations, il ne restait plus, le 24, qu'un tout petit sillon large de 1 millimètre à cicatriser ; le malade a voulu quitter l'hôpital le treizième jour.

Dans notre troisième observation, la réunion était complète, pour les deux pieds, le quatrième jour après l'opération.

Dans l'observation IV, le pied gauche a été opéré par la méthode de Pollin; le droit, par notre procédé. Malgré une hémorragie assez abondante qui avait un peu désuni nos sutures, la réunion était complète le vingt et unième jour. Le pied gauche a mis quinze jours de plus pour guérir.

Les observations V et VI paraissent moins favorables. Dans la cinquième, un orteil a été guéri en vingt-deux jours ; l'autre, en trente-deux jours. Dans la sixième, la cicatrisation a demandé trente et un jours pour les deux pieds. Mais il faut ajouter, pour ces deux derniers malades, que deux fautes ont été commises par nous : d'abord, nous avons réuni par des points de suture le bord antérieur du lambeau au derme sous-unguéal déjà malade ; les fils ont coupé ce derme et ont contribué à l'irriter ; aussi conseillons-nous de ne recourir qu'aux points de suture latéraux. En deuxième lieu, nous avons appliqué directement de l'iodoforme sur la plaie ; or, nous avons nettement constaté que le derme sous-unguéal, qui n'était qu'enflammé, s'est ulcéré, et que cette ulcération n'a fait que progresser tant que nous n'avons pas substitué à l'iodoforme un simple protective. Dès lors la cicatrisation a marché très rapidement. On conçoit, du reste, que ce derme sous-unguéal, revêtu seulement du corps muqueux de Malpighi, soit plus susceptible, vis-à-vis des substances irritantes, que la peau, qui trouve protection dans sa couche cornée.

En résumé, même en tenant compte de ces 3 cas relativement défavorables, la cicatrisation a demandé :

Pour 6 orteils, de trois à vingt-deux jours ;

Pour 3 autres, de trente à trente et un jours.

Or, avec le procédé de Pollin, la cicatrisation complète, pour les cas d'onyxis bilatéraux, demande au moins de trente à quarante jours, et quelquefois plus (voir obs. IV).

Un autre avantage est de mieux ménager la forme du gros orteil. Les deux tiers antérieurs du lit de l'ongle se recouvrent d'un épiderme corné qui simule l'ongle, et cette considération peut avoir son importance chez les femmes.

Enfin il est permis d'admettre qu'il vaut mieux réduire à son minimum la surface recouverte de tissu cicatriciel. Ce tissu est sujet à se rompre, à s'ulcérer ; il n'a certes pas la solidité d'une couche épidermique véritable et complète.

En résumé, une durée moins longue, l'anatomie des formes mieux conservée, l'existence à la place de l'ongle d'une plaque cornée résistante au lieu d'un fragile tissu de cicatrice, voilà les

avantages que nous croyons pouvoir réclamer en faveur de notre procédé.

Il serait facile de l'appliquer à l'onyxis unilatéral, en empruntant à M. Ch. Auger sa méthode autoplastique ; il suffirait seulement de limiter le lambeau à la zone de la lunule, au lieu de le faire descendre jusqu'au bord libre de l'ongle.

J'ai appliqué depuis la méthode à ce dernier cas, et je dois reconnaître que le lambeau ainsi obtenu est trop minuscule, et que le procédé pur et simple de Ch. Auger est préférable dans les cas d'onyxis unilatéral [1].

Observation I. — Laurent, 23 ans, 2e pavillon, lit 27. Souffre beaucoup d'un ongle incarné (pied droit), l'ongle est incarné en dehors; il y a là un sillon profond et ulcéré.

Opération le 12 *novembre*, par M. Récamier, interne du service ; en outre grattage des fongosités, pansement, protective et ouate de bois au sublimé.

1er *pansement le* 16 *novembre*. Les parties latérales du lambeau sont réunies par première intention, il reste une petite perte de substance entre le bord intérieur du lambeau et le derme sous-unguéal respecté.

2e *pansement le* 22 *novembre*.

3e *pansement le* 25 *novembre*. La réunion est partout complète. Le malade sort guéri le 29. Le derme sous-unguéal a déjà durci, il a pris un aspect blanchâtre.

Obs. II. — Kalpfein, 20 ans, lit 24. Ongle incarné et très dévié (pied gauche), derme très ulcéré autour de l'ongle.

Opération le 12 *novembre*, par M. Récamier, interne du service. Pansement au protective et à l'ouate de bois.

1er *pansement le* 16 *novembre*. Les bords latéraux sont réunis.

2e *pansement le* 22 *novembre*. Il reste un petit sillon entre le bord antérieur du lambeau et le lit de l'ongle restant.

Le malade, qui se lève depuis le 16, malgré nos recommandations, sort volontairement le 24 novembre.

Obs. III. — Marie Jounet, 30 ans, salle Sainte-Agathe, lit 5. Est entrée à l'hôpital pour un traumatisme. Souffre de ses gros orteils depuis 2 ans et demi. Les bords des ongles sont recouverts par de véritables tumeurs bourgeonnantes.

Opération le 16 *novembre*, sur les deux pieds, par M. Demars, interne du service.

19 *novembre*. Réunion.

29 *novembre*. La réunion s'est bien maintenue et la guérison est complète.

[1] Toutes les observations qui suivent ont été prises à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Cruveilhier, que je suppléais.

Obs. IV. — Mlle Hortmann, 21 ans, salle Sainte-Agathe, lit 11. Ongle incarné double aux deux pieds.

Opération le 12 *septembre*. Le pied gauche est opéré par le procédé de Pallin.

Le droit, par mon procédé. Pendant la nuit le pied droit saigne abondamment.

13 *septembre*. On renouvelle le pansement.

24 *septembre*. 2e pansement.

2 *octobre*. Réunion pour le pied droit.

Le pied gauche n'est complètement cicatrisé que quinze jours après.

La malade est revenue un soir, le 8 février 1886. Depuis sa sortie de l'hôpital, elle n'a pas un instant souffert d'aucun pied. Voici quel est l'état de chaque orteil :

Du côté gauche, il existe, à la place de l'ongle, une petite surface cicatricielle irrégulière avec des sillons qui entourent cette pellicule, cicatricielle et mince; il me suffit de la gratter légèrement avec l'ongle pour faire apparaître une goutte de sang.

Du côté droit, la peau de la face dorsale se continue insensiblement avec une lame cornée qui occupe l'emplacement de l'ongle et en rappelle assez bien la forme, mais rapetissée ; nous enlevons deux ou trois lamelles de ce tissu corné avec un bistouri pour les soumettre à l'examen microscopique.

Obs. V. — Raffy, 17 ans, 2e pavillon. Souffre beaucoup des deux gros orteils depuis 4 mois, la peau est très ulcérée et fongueuse tout autour des ongles.

Mauvais état général, strume et abcès, abcès froids ganglionnaires des deux côtés du cou.

Opération le 3 *octobre*. Suture du lambeau au derme sous-unguéal, pansement à l'iodoforme et à l'ouate de bois.

11 *octobre*. Ulcération de la matrice, dermite intense.

18 *octobre*. Le derme reste comme boursouflé et irrité.

Nous supprimons le pansement à l'iodoforme et nous le remplaçons par du protective. Les bourgeons exubérants sont cautérisés au nitrate d'argent.

25 *novembre*. Le pied gauche est guéri ; nouvelle cautérisation du pied droit au nitrate d'argent, et pansement tous les deux jours.

4 *novembre*. Le malade sort guéri.

Obs. VI. — Chabone, 16 ans, lit 17. Les ongles des deux gros orteils sont très fortement incarnés.

Opération le 1er *octobre*. La réunion est faite latéralement et antérieurement. Pansement à l'iodoforme et à l'ouate de bois.

1er *pansement le* 9 *octobre*. Réunion complète là où les surfaces ont été en contact ; légère ulcération du derme sous-unguéal aux deux pieds.

2e *pansement le* 15 *octobre*. Le derme sous-unguéal est très ulcéré et saignant, on remplace la gaze iodoformée par du protective.

Alors les ulcérations se rétrécissent, et quinze jours après le malade sort guéri.

Nous avons revu le malade dans les premiers jour de février ; il ne souffrait d'aucun pied. Aucune trace d'ongle sur les gros orteils.

Communication.

Statistique des opérations et plaies graves traitées à l'hôpital de la Charité pendant l'année 1886,

Par M. Després.

Voyons d'abord les morts, toujours plus négligés dans les statistiques. Sur les 466 malades entrés dans mon service, il y a eu 37 morts, et deux malades sont sortis et ont dû mourir dans les 20 jours (un malade opéré de l'empyème et une malade atteinte de cancer de l'utérus). Sur les 37 morts :

2 ont succombé à une affection purement médicale (une albuminurie chronique avec anasarque ; un délire alcoolique aigu).
2 malades atteints de hernie inguinale étranglée avec péritonite, morts peu après leur entrée, avant que j'aie pu être prévenu.
1 fracture du crâne, mort 36 heures après son entrée à l'hôpital.
2 fractures multiples, malades morts en arrivant.
1 brûlure au 3e, 4e et 5e degré du tronc et des membres, mort le 6e jour.
1 tumeur blanche du gros orteil, mort de méningite tuberculeuse.
1 péritonite cancéreuse.
1 malade atteint d'aliénation mentale, fracture de l'astragale (le malade s'était précipité par une fenêtre), mort de délire.
1 péritonite herniaire généralisée à l'abdomen.
3 cancers de l'utérus avec cachexie.
4 cancers généralisés.
1 cancer du testicule inopérable.
1 malade morte d'épuisement à la suite de fistules abdominales.
1 malade atteinte d'épithélioma du vagin, péritonite.
1 malade morte subitement pendant la convalescence d'une plaie du poignet en voie de guérison.
1 malade cité plus loin, mort d'infection purulente à la suite d'une fracture comminutive du coude avec plaie.
1 gangrène diabétique du gros orteil et du pied.
2 malades atteints de rétrécissement de l'urèthre, et ayant en même temps des tubercules du rein et des tubercules pulmonaires.

1 hypertrophie de la prostate avec néphrite double.
1 plaie grave de poitrine.
1 pleurésie purulente chez une malade atteinte d'abcès mammaire; incision et drain.
Et 8 décès sur des opérés cités plus loin.

Opérations sur les vaisseaux.

1 ligature de l'artère frontale; 1 guéri.
1 ligature de l'arcade palmaire profonde; 1 guéri.
3 ablations de tumeurs érectiles; 3 guéris.

Opérations sur le sein et la poitrine.

9 amputations du sein; 8 guéris, 1 mort (malade diabétique à la période de l'albuminurie, morte de coma diabétique le 8e jour).
1 amputation des deux seins; 1 guéri.

Opérations de tumeurs diverses (ablation avec bistouri).

4 gros lipomes (cou, épaule, hanche, nuque); 4 guéris.
3 fibromes (main, genou); 3 guéris.
5 épithélioma (lèvres, face); 4 guéris, 1 mort (j'ai dû, pour enlever l'épithélioma du cou, couper et lier la veine jugulaire externe, entrée de l'air dans les veines, phlébite suppurée)
3 gros kystes, ablation; 3 guéris.
1 chondro-sarcome de la parotide; 1 guéri.
1 empyème, incision et drainage; le malade est sorti sur sa demande et en mauvais état.
1 gros hygroma de la bourse prérotulienne; 1 guéri.

Opérations sur les os.

1 exostose du fémur; 1 guéri.
2 trépanations du tibia et du calcanéum; 2 guéris.
1 cancer du tibia; 1 guéri.
1 résection du coude; 1 guéri.
1 résection de la partie de la mâchoire inférieure (septicémie aiguë); 1 mort.

Amputations.

1 gangrène du membre inférieur; 1 mort.
1 diabète, amputation de la cuisse, 1er métatarsien; 1 guéri.

Opérations sur les organes génito-urinaires.

3 uréthrotomies externes sans conducteur; 3 guéris.
2 castrations; 2 guéris.

3 polypes de l'utérus; 3 guéris.
1 ablation d'un cancer végétant du col de l'utérus (cancers viscéraux); 1 mort.
1 éléphantiasis des petites lèvres; 1 guéri.
1 fibro-sarcome de la grande lèvre; 1 guéri.
1 ovariotomie incomplète, épuisement; 1 mort.
3 fistules vésico-vaginales; 3 guéris.

Opérations diverses.

1 trachéotomie; 1 guéri.
2 becs-de-lièvre; 2 guéris.
1 ablation de 4 névromes, du moignon d'amputation de la jambe; 1 guéri.
1 polype nasopharyngien; 1 guéri.
1 cholécystite suppurée, incision et drainage; 1 guéri.
1 phlegmon de la fosse iliaque, large ouverture; 1 guéri.
1 abcès de la prostate, incision au périnée; 1 guéri.
5 abcès du sein; 4 guéris.
2 drainages; 1 mort (pleurésie purulente), cité plus haut.

Hernies.

6 hernies étranglées; 4 guéris, 2 morts (1 de pneumonie de vieillard le 15e jour; 1 de perforation intestinale).
1 anus contre nature (opéré par M. Bouilly); 1 mort.
1 taxis; 1 guéri.
4 fistules à l'anus (dont une susphinctérienne opérée avec l'écraseur); 4 guéris.

Petites opérations.

11 hydrocèles et kystes spermatiques (dont une hydrocèle double), ponction et injection iodée; 11 guéris.
1 hémorrhoïde, destruction avec le caustique; 1 guéri.
1 vaste abcès froid de la cuisse, drainage; 1 guéri.
2 abcès de la cavité de Retzius, ouvert 2 fois; 2 guéris. (La malade est morte d'épuisement 10 mois après la dernière opération, et par suite de fistules persistantes.)
1 abcès de la fosse ischio-rectale, 1 litre de pus; 1 guéri.
38 ouvertures d'abcès, adénites suppurées, fusées purulentes et phlegmons circonscrits (pas un seul érysipèle); 38 guéris.

Je ne compte pas les ongles incarnés, l'arrachement de l'ongle, la réduction de luxation de paraphimosis, la destruction de kystes sébacés avec le caustique.

Plaies graves pouvant être comparées à des opérations.

1 54 coups de rasoir sur le cou, la main droite, le tronc et les membres, section complète du 1er espace interdigitaire; 1 guéri.
1 plaie pénétrante de l'articulation du genou avec arthrite; 1 guéri.
1 plaie pénétrante de la poitrine et du larynx, plaie du tronc veineux brachio-céphalique; 1 mort.
1 plaie par arme à feu, 3 balles de revolver : 1 balle restée dans l'apophyse mastoïde et 1 sous l'omoplate; 1 guéri.
1 plaie par arrachement de la peau de la face dorsale de la main et des 3 derniers doigts; 1 guéri.
4 fractures de jambe compliquées de plaie; 4 guéris.
1 fracture du coude avec plaie comminatoire (infection purulente le 20e jour); 1 mort.

Il est entré dans le service deux érysipèles venus du dehors, érysipèles de la face qui ont voyagé sur toute la tête. Il n'y a eu qu'un seul érysipèle né dans le service, érysipèle circonscrit autour d'une suture d'une plaie du coude produite par un fragment de verre. L'année 1886 a été une bonne année, la constitution médicale n'était point aux érysipèles.

Sur les 134 opérations avec le bistouri ou l'écraseur linéaire, nous avons eu 8 décès, dont il faudrait défalquer la malade âgée de 77 ans, opérée d'une hernie étranglée, morte de pneumonie de vieillard le 15e jour; et en mettant de côté nos 11 hydrocèles et les 88 incisions d'abcès, il reste 85 grandes opérations, pour lesquelles nous avons 7 morts dans les conditions exposées plus haut, dont 2 hernies et 1 anus contre nature.

Comme toujours, les pansements employés ont été le pansement simple avec charpie imbibée d'eau et d'alcool camphré, le cataplasme et les bandes de diachylum.

J'ajoute que cette chirurgie a été faite dans deux salles de 23 lits chacune, avec une moyenne de 6 à 7 lits supplémentaires qui encombrent le service.

Communication,

Par M. Louis Thomas.

Dans la séance du 21 avril dernier, j'ai eu l'honneur de communiquer à la Société de chirurgie une observation de tumeur vas-

culaire de l'humérus, que l'examen microscopique avait montrée appartenir à la classe des sarcomes du genre fasciculé. Dans la discussion qui suivit cette présentation, M. Lucas-Championnière insista sur la malignité extrême de ces tumeurs, leur récidive et leur généralisation rapide. « Il est à souhaiter, disait-il, que M. Louis Thomas nous donne dans quelques mois des nouvelles d'une opération qui ne date que de quelques jours. » C'est pour répondre au vœu exprimé par notre collègue que j'ai demandé la parole.

Mon opéré quitta mon service un mois environ après avoir subi la désarticulation de l'épaule. Sa plaie était complètement cicatrisée et sa santé parfaite. Trois mois plus tard, il rentrait à l'hôpital en pleine récidive. Le sarcome s'était reproduit au niveau de la cicatrice et formait en ce point une tumeur aplatie, adhérente à la paroi costale, qu'elle recouvrait sur une étendue mesurant au moins dix centimètres carrés. Les téguments étaient ulcérés, et l'ulcération donnait lieu à des hémorrhagies fréquentes et abondantes. Je refusai une nouvelle opération, qui me semblait offrir, moins encore que la première, des chances de guérison, et le malade quitta l'hôpital au bout de quelques jours. J'ai eu de ses nouvelles au mois de janvier dernier; il était mourant. Ainsi se sont réalisées les prévisions sinistres de M. Lucas-Championnière.

Je demanderai à ce sujet à la Société la permission de l'entretenir d'un fait que j'ai observé récemment et qui présente, malgré une différence de siège et d'origine, certaines analogies avec le précédent, ainsi qu'avec celui rapporté par M. Lucas-Championnière dans la discusssion qui a suivi ma communication de l'année dernière.

Kyste sanguin sarcomateux de la région massétérine. — Ablation. — Récidive immédiate. — Mort prompte.

Au mois de novembre dernier, se présente à ma consultation M. T... (de Montoire), âgé de 50 ans, d'une constitution robuste et d'une excellente santé. Il porte dans la région massétérine, empiétant un peu sur la région sus-hyoïdienne, une tumeur présentant le volume et la forme d'une mandarine. Son début remonte à dix-huit mois environ. Elle est lisse et immobile. La peau glisse librement au-devant d'elle. On voit se dessiner sur sa partie inférieure les faisceaux du peaussier qui la brident.

Elle est d'une consistance uniforme, fluctuante et sans battements. Je pratique une ponction exploratrice avec l'aiguille fine de l'aspirateur, et je retire environ soixante grammes de liquide semblable à du sang veineux, mais ne se coagulant pas par le repos. Affaissement complet

de la tumeur, qui, dans la soirée, a repris à peu près son volume primitif.

A quelques jours de là, le malade consulte M. le professeur Verneuil, qui formule ainsi son opinion : « Il me paraît s'agir d'un sarcome vasculaire. Je conseille l'intervention large et prochaine. L'âge du malade et sa vigoureuse constitution permettent de compter sur une survie. »

Je pratique l'opération le 10 décembre. Incision cruciale; division des fibres musculaires du peaussier et du masséter, dont les faisceaux aplatis et distendus recouvrent la tumeur. Celle-ci apparaît alors avec une teinte légèrement bleuâtre par suite de l'extrême minceur de sa paroi, qui laisse voir par transparence la coloration de son contenu. Je procède avec précaution à sa dissection, mais en cherchant à la renverser de haut en bas pour attaquer sa face profonde, la poche se rompt et se vide de son contenu (liquide sanguin mêlé de quelques petits caillots). Affaissement complet de la tumeur, que je fends verticalement suivant son grand diamètre et dont j'excise la portion de paroi isolée par la dissection. Le fond de la plaie, ayant environ l'étendue d'une pièce de cinq francs, présente une surface légèrement irrégulière, tapissée de fins tractus entrecroisés d'apparence fibrineuse, qu'une légère traction détache des parties sous-jacentes et déchire. En aucun point, il n'existe de masse charnue ou fongeuse, décelant à l'œil nu l'existence d'une tumeur solide. Nullo part on ne constate la moindre induration. Je crois alors, et cette opinion est partagée par M. Thierry, professeur suppléant à l'École de Tours, qui m'assistait, qu'il s'agit d'un kyste, et je me borne à racler le fond de la plaie et à le cautériser avec le thermocautère, pour détruire la paroi kystique et mettre un terme au suintement sanguin qui se faisait à sa surface. Les incisions sont ensuite réunies par quelques points de suture en ménageant une ouverture pour le passage d'un tube à drainage de gros calibre.

« Le soir même de l'opération, la moitié correspondante de la face est le siège d'un œdème assez prononcé. Le lendemain, l'œdème a augmenté, les lèvres ont le volume du doigt, les paupières ne peuvent s'entr'ouvrir. Le malade n'accuse aucune douleur; la température est normale. Les jours suivants, l'œdème augmente encore et envahit le côté opposé de la face. La plaie n'est le siège d'aucune inflammation et fournit un suintement séro-sanguin abondant. L'œdème diminue ensuite, mais devient plus dur au voisinage de la plaie. Quelques jours après, la face est de nouveau envahie en totalité par l'œdème, mais le malade se lève, mange et ne se plaint que de la gène que lui occasionne la tuméfaction de la face. Les choses persistent ainsi avec des alternatives de diminution et d'accroissement de l'œdème jusqu'à la fin du mois de décembre, époque à laquelle le malade quitte Tours pour rentrer chez lui.

La plaie est alors réduite à l'ouverture ménagée par le passage du drain, qui continue à fournir un suintement séro-purulent assez abondant. Ses bords sont indurés, et cette induration s'étend, en s'atténuant, jusque dans la fosse et la région sus-hyoïdienne. Les lèvres et les paupières du côté correspondant sont œdémateuses. L'état général

est néanmoins assez satisfaisant ; le malade a conservé encore un certain appétit, qu'il ne peut que péniblement satisfaire, à cause de la très grande difficulté qu'il éprouve à écarter les mâchoires.

Il n'y a plus alors d'illusion à se faire. Il s'agit bien évidemment d'une néoplasie à marche rapide, et une terminaison funeste à bref délai n'est pas douteuse. Un mois plus tard, en effet, le Dr Bosc (de Montoire) m'écrivait : « M. T... est dans un état lamentable. La tumeur s'est ulcérée et a pris des proportions énormes. C'est une masse de chairs fongueuses saignantes, partant de l'œil et descendant sur le thorax. L'aspect en est repoussant et l'odeur extrêmement fétide. Plusieurs hémorrhagies, dont l'une très abondante, ont eu lieu. Il est survenu à plusieurs reprises des accès de suffocation. » Le 15 février, deux mois après l'opération, M. T... succombait. Je ne pus obtenir qu'il me fût adressé un fragment de la tumeur.

L'examen de la paroi kystique, enlevée lors de l'opération, a été pratiqué par M. Thierry, qui m'a remis la note suivante : « La coupe intéresse un fragment du muscle masséter enlevé avec la paroi kystique. Elle est pratiquée perpendiculairement à la surface cavitaire. Un tissu musculaire occupe toute l'épaisseur de la coupe, moins une mince bordure qui correspond à la surface kystique. Cette bordure est constituée par de petites cellules rondes, serrées les unes contre les autres, sans substance fibrillaire intermédiaire. Ces cellules sont uniformément rondes et tout à fait comparables à des leucocytes; les unes sont nucléées, d'autres granuleuses. Par places, on retrouve au milieu d'elles quelques éléments contractiles et élastiques. Des vaisseaux nombreux traversent la couche d'éléments embryonnaires. La plupart sont d'origine purement embryonnaire et de très petit calibre. Certains espaces lacunaires, sans paroi presque apparente, apparaissent aux limites du tissu sain et de la néoformation pathologique. Les parois et la lumière de ces vaisseaux ou espaces lacunaires sont infiltrées ou oblitérées plus ou moins complètement par les éléments leucocytiques, non modifiés, et en tout semblables à ceux qui forment bordure au tissu musculaire sain. »

En résumé, nous voyons dans cette observation une tumeur développée dans l'épaisseur du masséter, présentant les caractères cliniques d'un kyste sanguin, et dont l'ablation est suivie d'une récidive sarcomateuse immédiate, entraînant la mort en deux mois.

Comme je le disais en commençant, cette tumeur présente, en dehors de son siège, la plus grande analogie avec la tumeur vasculaire de l'humérus que j'ai présentée l'année dernière à la Société, et dont l'ablation a été suivie d'une récidive prompte et de la mort du patient quelques mois après.

Elle peut être également rapprochée de l'observation communiquée dans la même séance par M. Lucas-Championnière : sarcome vasculaire de l'extrémité inférieure du fémur, amputation de la

cuisse suivie de récidive rapide et de généralisation à marche foudroyante.

Ces faits établissent l'existence de sarcomes dans lesquels la dilatation vasculaire est la seule lésion apparente. Ces sarcomes, qui ne s'observent pas exclusivement dans le tissu osseux et qu'on peut rencontrer également dans les muscles, présentent une malignité extrême, et la prompte récidive qui suit leur ablation, les allures rapides que prend ensuite la néoplasie, permettent de se demander si cette opération ne rentre pas dans la catégorie de celles qu'on ne doit pas entreprendre.

Discussion.

M. Lucas-Championnière. J'ai eu à observer des cas semblables; ce qu'il y a de particulier, c'est qu'il n'y a pas de matière à présenter à l'examen histologique. Lorsqu'on se trouve en face de la pièce, c'est avec la plus grande difficulté qu'on trouve en un point quelque peu de matière cérébriforme qu'on puisse examiner au microscope.

La malignité de ces faits est extrême, et la rapidité de leur marche presque foudroyante.

En général, on les opère pour une autre raison que la tumeur; car on n'a pu porter le diagnostic précis du néoplasme. Les douleurs sont en général très intenses, très violentes.

On peut croire, comme nous l'amontré M. Kirmisson, à des tumeurs vasculaires des os, mais ces tumeurs vasculaires sont extrêmement rares.

M. Anger a observé un cas de sarcome des os de cette nature; malheureusement son malade n'a pas vécu; celui de M. Thomas a vécu, mais la véritable nature du mal ne s'est dévoilée que par la récidive et la généralisation du néoplasme.

J'ai montré à M. Strauss une pièce de ce genre, dans laquelle il y avait un séquestre et nulle part de masse néoplasique visible; ce n'est que par l'évolution ultérieure de la lésion que j'ai pu porter le diagnostic d'ostéo-sarcome.

Ces tumeurs restent à l'heure qu'il est des tumeurs rares, M. Thomas en a observé deux. Je suis convaincu qu'on en trouverait d'autres mentionnées sous des noms divers dans les auteurs.

Quant à leurs suites, elles récidivent presque toujours.

M. Desprès. Ces tumeurs sont très bizarres et présentent l'aspect extérieur d'un hématome ou d'un abcès dans le testicule, d'un abcès froid costal. Six mois auparavant, il n'y avait rien; leur

marche a donc été rapide, les élancements qu'y ressent le malade sont aussi, à mon sens, caractéristiques et forment un signe presque certain. Il me souvient à ce propos d'une tumeur du testicule qui avait paru six mois auparavant chez un négociant. Nélaton, qui la ponctionna, n'en fit sortir que du sang, le diagnostic qu'il porta fut donc hématocèle.

Il enleva la tumeur, et M. Després, alors son interne, examina avec soin la tumeur : c'était un néoplasme qui récidivait quelques mois après et entraînait rapidement la mort du malade. Nélaton s'était trompé et regrettait de ne pas avoir prêté assez d'attention à ce signe si important pour lui d'habitude, les élancements.

En résumé, une marche rapide, un dépérissement prononcé, des douleurs lancinantes, telles sont les raisons qui peuvent faire porle diagnostic de tumeur maligne.

M. Schwartz. J'ai eu à opérer un sarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus. A l'œil nu, c'était un véritable kyste sanguin; je n'ai pu trouver qu'après un examen minutieux un peu de matière cérébroïde qui, examinée par M. Remy, fut reconnue comme étant un angio-sarcome.

J'ai encore vu un autre fait du même genre; il avait été pris par un praticien de la ville pour un abcès et ponctionné avec un trocart. Il s'en était écoulé du sang pur. Le médecin effrayé tamponna et envoya son malade à l'hôpital. Je l'opérai le lendemain en pleine fièvre à 40°. La désarticulation de l'épaule réussit bien, mais en trois mois la marche foudroyante du mal enlevait le malade.

M. Thomas. Le fait de M. Schwartz ressemble à celui que je vous ai présenté l'an dernier.

Quant à mon second malade, je dirai à M. Desprès qu'il n'avait ni dépérissement ni douleurs. L'opération a-t-elle été la cause de l'évolution rapide du mal? Je ne sais, mais au bout de huit jours une induration caractéristique se montrait dans la place, et deux mois après le malade était mort.

Communication.

M. Chavasse lit une observation de myxome kystique du genou. (M. Schwartz, rapporteur.)

Présentation de pièce.

M. Bouilly présente un rein cancéreux qu'il a enlevé sur une femme il y a une quinzaine de jours.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,
Terrillon.

Séance du 20 avril 1887.

Présidence de M. Lannelongue.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *Fractures traitées par les massages, etc.*, par M. le Dr Franc (de Sarlat) (Commissaire : M. Lucas-Championnière) ;

3° *Du rapprochement et de la suture des deux bouts après avivement ou résection dans les ruptures traumatiques de l'urètre*, par M. le Dr Locquin (de Dijon) (Commissaire : M. Lucas-Championnière).

A propos du procès-verbal.

De l'emploi des anesthésiques dans la trachéotomie (suite),

Par M. A. Le Dentu.

De l'emploi du chloroforme dans la chloroformisation. — Lorsque, il y a trois semaines, je vous rendais compte des observations de M. Houzel, en les accompagnant de quelques réflexions sur l'emploi des anesthésiques dans certaines circonstances où beaucoup de chirurgiens répugnent à y recourir, j'avais un vague

pressentiment de la discussion qui pourrait s'ensuivre et de la forme que prendrait cette discussion; mais je ne pensais pas que personne pût s'imaginer que je présentais la pratique de l'anesthésie comme nouvelle dans la trachéotomie.

Il n'y a pas dans tout mon rapport un seul mot qui autorise cette interprétation. Le malentendu, si malentendu il y a, vient simplement de ce que, ayant à vous parler de quatre faits communiqués par le même chirurgien, je n'ai pas cru devoir écrire un mémoire sur la question.

La pénurie de la littérature médicale française en faits du même genre et le résultat négatif des recherches faites dans la *Revue des Sciences médicales* m'ont amené à affirmer que nous ne possédions dans aucun traité des indications précises relativement à l'emploi du chloroforme dans la trachéotomie. J'ai même ajouté que les observations de M. Gouguenheim, sur lesquelles s'appuyait M. Terrier dans son argumentation, n'avaient pas été publiées. Cette affirmation, dont la *Revue des Sciences médicales* partage avec moi la responsabilité, était inexacte. Les observations de M. Gougenheim ont été en effet insérées dans la thèse de M. Soyer (*De l'emploi du chloroforme dans la trachéotomie*. Paris, 2 août 1884). Voyons ce que sont ces observations.

Elles sont au nombre de six. Dans deux cas, il s'agit de végétations tuberculeuses; dans trois, de paralysie des dilatateurs de la glotte; dans un, de spasme de la glotte.

Un seul des opérés était un enfant (âge : 14 ans); les autres étaient des adultes.

Le seul cas de croup qui figure dans cette thèse est dû à Chassaignac et remonte à trente ans (la date est intéressante à noter en passant). Le petit opéré avait cinq ans et demi (*Gaz. méd.*, 1857).

Si Chassaignac, revenant sur une conviction inverse, a pensé et écrit que la chloroformisation n'était pas absolument contre-indiquée dans la trachéotomie, il faut bien reconnaître que les chirurgiens français ne se sont guère engagés dans la voie qu'il leur ouvrait. J'ai fait dépouiller les bulletins de la Société de chirurgie depuis l'apparition du chloroforme jusqu'à nos jours, et je n'y ai guère trouvé qu'une réprobation générale contre l'emploi des anesthésiques dans la trachéotomie.

L'observation de M. Gouguenheim à laquelle il a été fait allusion n'y a jamais été insérée. On lit simplement dans le compte rendu de la séance du 28 novembre 1883 :

« M. Gouguenheim présente une pièce provenant d'un malade qui avait subi l'opération de la laryngotomie intercricothyroïdienne (Renvoyé à l'examen de M. Nicaise). »

Quant au rapport que M. Nicaise est censé avoir fait sur cette observation (il s'agissait, du reste, d'une laryngotomie et non d'une trachéotomie), il se réduit à quelques réflexions amenées par un travail de M. Richelot sur cette opération spéciale ; et dans ces réflexions, il n'y a pas un mot relatif à l'emploi du chloroforme. (Séance du 7 avril 1886, t. XII, p. 281.)

Aussi, je le demande encore, où sont les observations françaises d'anesthésie dans la trachéotomie ? S'il y en a quelques-unes éparses dans des publications que je n'ai pas eu le loisir de compulser, qu'on me les indique ; où sont surtout les observations de trachéotomie avec anesthésie chez des enfants atteints de croup? Je connais maintenant celle de Chassaignac, je connais encore les quatre faits de M. Houzel.

J'admets que d'autres m'aient échappé, mais combien? Y en a-t-il seulement dix? Dans ces conditions, on peut certainement affirmer que la question est très neuve en France.

M. Sanné, qui a abordé cette question dans son *Traité de la diphthérie*, se prononce résolument dans le sens de la négative, et s'apprête à maintenir ses conclusions dans le volume des *Maladies infantiles*, de Rillet et Barthes (3e édition), où la trachéotomie sera étudiée.

Aussi l'agitation que mon rapport a soulevée autour d'elle ne peut être, ce me semble, que salutaire. Si elle a pour résultat de faire tomber l'extrême répugnance que montre presque tout le corps médical à l'endroit de l'anesthésie chez les sujets atteints d'affections des voies respiratoires, je ne la regretterai certainement pas.

Passons maintenant la frontière et voyons quel courant d'idées règne à l'étranger. Ici, le contraste est frappant; car, malgré certaines divergences d'opinions que je signalerai tout à l'heure, on peut dire, en effet, avec raison que la chloroformisation dans la trachéotomie a rallié à elle la majorité des médecins. On a cité, pour le démontrer, des discussions de sociétés savantes, des statistiques, des extraits d'auteurs plus ou moins classiques, mais on n'a fait ainsi qu'accentuer le contraste, et il s'en faut qu'on ait tout dit. Pour ne remonter qu'à ces dernières années, voici des preuves nouvelles de la divergence d'opinions qui a abouti, chez nous, à l'abstention presque absolue ; à l'étranger, au contraire, à une pratique généralement inverse. Je cite par ordre chronologique :

On lit ce qui suit dans le *Traité de Pitha et Billroth* (Band III, Abth. I, Lief. 5, 1880, p. 41) :

« On peut avoir recours à la chloroformisation dans la trachéotomie ; elle est supportée d'une façon remarquable, même en cas

d'asphyxie accentuée. Cependant j'ai vu des cas dans lesquels l'asphyxie est considérablement augmentée par les premières inhalations, et il m'a paru alors indiqué d'y renoncer. Assurément il faut recommander de grandes précautions dans l'emploi de l'anesthésie, et, dans des cas fréquents, on peut d'autant plus s'en passer, que l'asphyxie et l'empoisonnement consécutif du sang par l'acide carbonique paraît produire une sorte d'anesthésie. »

Morell Mackenzie se montre partisan médiocrement chaud de la trachéotomie avec chloroforme. Qu'on en juge par cet extrait de son *Traité des maladies du larynx* (Londres, 1880. — Traduction française, Paris, 1882, p. 739) :

« *De l'emploi des anesthésiques.* — Malgré les conclusions publiées par le comité de la société médico-chirurgicale (*Trans. med. chir. soc.*, 1864, t. 47, p. 323 et suiv.), je crois que l'administration du chloroforme augmente les risques de l'opération, parce que, si le sang pénètre dans la trachée, la suffocation est plus à redouter quand le malade est anesthésié. *J'ai vu cet accident se produire deux fois* pendant le sommeil chloroformique *et les patients succomber* ; par contre, d'autres malades ont été sauvés en rejetant le sang qui avait pénétré dans la trachée.

« On devra donc, en général, éviter l'anesthésie, qui, chez l'adulte est rarement nécessaire; elle pourrait cependant être utile chez l'enfant pour l'empêcher de se débattre, *quand l'opérateur est seul ou que les aides sont insuffisants.*

« Lorsqu'on voudra obtenir une anesthésie générale, il sera préférable d'employer le chloroforme plutôt que l'éther, eu égard à l'action constante de ce dernier sur la muqueuse laryngienne.

« Pour faire l'anesthésie locale, la pulvérisation par l'éther est généralement suffisante. »

F. H. Bosworth, professeur de laryngologie au *Bellevue Hospital medical college* et membre de l'Académie de médecine de New-York, dans son *Manuel des maladies de la gorge et du nez*, consacre un paragraphe à la question de l'anesthésie dans la trachéotomie, et s'en déclare partisan.

Voici ce qu'il en dit :

« On n'est pas d'accord sur la question de l'anesthésie. Quelques auteurs condamnent l'anesthésie générale et donnent la préférence à l'anesthésie locale par la pulvérisation d'éther ou de rhigosolène, tandis que d'autres la conseillent, parce qu'elle facilite l'opération en supprimant les mouvements de la trachée, qui gênent souvent le chirurgien. Quant à moi, je suis partisan de l'anesthésie générale par le chloroforme ou l'éther. On n'a besoin d'en donner que très peu, surtout si le malade est déjà cyanosé, car dans ce cas le malade est en partie anesthésié par la rétention de l'acide

carbonique. On a aussi reproché à l'anesthésie générale de s'opposer au rejet du sang qui a pu pénétrer dans la trachée. Ce n'est pas une objection valide, car l'irritabilité réflexe n'est pas entièrement détruite, et, en règle générale, il en reste assez pour permettre au malade un effort d'expulsion. De plus, au moment où le sang peut pénétrer dans les voies aériennes, l'opération est déjà terminée ou doit l'être, et si l'anesthésie a été complète au début, elle doit commencer à être moins profonde quand la trachée est déjà ouverte ; et, depuis ce moment jusqu'à l'introduction de la canule, si l'opérateur est exercé, il ne s'écoulera que quelques instants. »

Quant au choix de l'agent anesthésique, il préfère le chloroforme, parce qu'il est moins irritant que l'éther pour les voies respiratoires, qu'il en faut moins pour produire l'anesthésie, etc...; mais il ajoute : « Lorsque les symptômes qui exigent la trachéotomie la rendent très urgente, le temps nécessaire à l'administration de l'anesthésique serait un temps très précieux qui serait perdu. Dans ce cas, l'opération sera faite sans délai. » (*A manual of diseases of the throut and nose.* New-York, 1881, p. 394-395).

Voici maintenant une observation d'extirpation d'une tumeur du larynx par les voies naturelles, due à Schnitzler (*Berlin. klin. Wochens.*, janv. 1881, n° 5, p. 69). C'est, d'après l'auteur, le premier cas de ce genre où on ait eu recours à l'anesthésie. C'est l'éther qui a été employé.

L'année suivante, Novarò, trois mois avant une extirpation du larynx, fait la trachéotomie sous le chloroforme. [Extirpazione totale delle laringe per carcinoma. (*Archivi italiani di laringologia,* anno II, 1882-1883, p. 20 et seg.).]

En 1884, Bresgen (de Munich), à propos des corps étrangers du larynx, conseille chez les enfants de donner un peu de chloroforme, seulement jusqu'à perte de connaissance, pour faire les tentatives d'extraction. Si la respiration est trop gênée, il faut pratiquer la trachéotomie (*Path. und Therapie des Kehlkopfkrankheiten*, p. 226).

Je citerai encore, en passant, Catti (de Fiume), qui, proposant au congrès de Copenhague une modification du manuel opératoire, de la trachéotomie, préconise l'anesthésie chez les enfants (Congrès international de Copenhague, 18 août 1884) ; Jennings, qui rapporte vingt cas de trachéotomie sous le chloroforme (*Archiv of pediatrics*, 15 septembre 1884, vol. 1, n° 9).

Par contre, voici Edbert Barling qui, à propos d'une statistique de 35 trachéotomies, se déclare contre l'anesthésie chez les adultes, sans doute parce qu'il compte sur leur raison.

Sajous (de Philadelphie) (*Diseases of the throut and nose.* Phi-

ladelphie 1885, p. 400), Robert William Parker (de Londres) (*Trachéotomie dans le croup*. London HK Lewis 1885), Ranke (de Munich) (58e réunion des médecins et naturalistes allemands, Strasbourg, septembre 1885), ne font guère de restriction que relativement aux cas d'asphyxie imminente.

Une observation de Word, relative à un cas de corps étranger, offre un intérêt spécial. L'enfant avait treize mois ; un pois avait pénétré dans ses voies aériennes, on en fit l'extraction au moyen de la trachéotomie, avec anesthésie chloroformique. Celle-ci fut bien supportée malgré l'engorgement des poumons et l'état de cyanose dans lequel se trouvait déjà l'enfant (*New York med. record*, 2 janvier 1886).

Mais voici que J. Solis Cohen, professeur honoraire à Jefferson medical College de Philadelphie, professeur de laryngologie à la policlinique, jette une note discordante dans ce concert presque unanime d'adhésions (*Encyclopédie internationale de chirurgie*, 1886, édit. franç., t. VI, p. 91, chap. Trachéotomie). Je vous demande la permission, pour finir, de vous citer un extrait de son article :

« La question de l'anesthésie est ici d'une haute importance. Quoique l'anesthésie facilite l'exécution de l'opération, mon opinion est qu'il faut l'éviter, surtout quand on a affaire à un sujet chez lequel la respiration est considérablement gênée ; sauf quelques rares exceptions, je n'y ai pas recours, même chez les enfants. La guérison est plus probable quand on n'a point fait d'anesthésie, et l'on ne s'expose pas à des dangers immédiats. Il est du reste utile que le malade conserve sa connaissance, de façon à ce qu'il puisse tousser et expectorer volontairement, ou faire une inspiration profonde lorsqu'on l'y invite. L'anesthésie supprime quelquefois cet avantage, qui sert quelquefois à prévenir l'asphyxie.

« Le chloroforme est préférable à l'éther, même chez l'adulte, parce qu'il est moins capable de provoquer le vomissement, qui entraîne l'irruption des liquides dans les voies aériennes. Le chloroforme est en outre moins irritant pour la muqueuse. Lorsqu'on a recours aux agents anesthésiques, il ne faut pas pousser leur action plus loin que la perte de connaissance et la suppression de la sensibilité cutanée. » M. Poyet, annotateur de cet article, ajoute : « Jamais en France on n'anesthésie le malade pour le trachéotomiser. »

Je dirai à mon tour, en manière de conclusion : très rarement en France on a anesthésié les malades pour les trachéotomiser. Il y aurait lieu de s'étonner de cette abstention presque universelle, si elle ne tenait tout simplement à ce que, pour la trachéotomie, la

chloroformisation ne s'impose pas comme un bienfait indiscutable. Il faut cependant qu'on sache bien que, dans certaines conditions que j'ai essayé de déterminer, elle est rationnelle. Il faut que cette idée pénètre dans le corps médical de notre pays, comme elle l'a fait à l'étranger. Si la discussion actuelle aboutit à ce résultat, je me féliciterai de l'avoir provoquée.

Discussion sur l'emploi de l'anesthésie pendant la trachéotomie.

M. Peyrot. Je désire appeler l'attention sur une autre indication de la chloroformisation pendant les opérations pratiquées sur les voies aériennes. Pour pratiquer l'ablation des amygdales chez des enfants craintifs et indociles, j'ai employé le chloroforme, sans arriver à l'anesthésie complète, mais en profitant du premier degré qui suffit à cause de la rapidité de l'opération.

L'enfant avale du sang, mais celui-ci est rendu par les vomissements. La même pratique est bonne pour l'ablation de l'amygdale postérieure ou hypertrophie des glandes pharyngiennes. On peut dans ce cas détruire les fongosités avec une pince spéciale et en une seule séance, sans avoir besoin d'y revenir plusieurs fois.

Je crois pouvoir recommander cette pratique.

M. Reclus. Je connais deux cas d'amygdalotomie pratiquée sous le chloroforme, mais un des enfants est mort d'hémorrhagie. Il avala une grande quantité de sang, alors qu'on ne pouvait s'en douter.

M. Peyrot. Il y a là une question d'opportunité, mais je prétends que le danger signalé par M. Reclus n'existerait pas, si on n'arrivait pas à abolir les réflexes par l'anesthésie trop profonde.

M. Le Dentu. J'approuverais volontiers cette pratique dans le cas d'indocilité trop prononcée. Mais alors je mettrais l'enfant sur le ventre aussitôt après l'opération, afin que le sang ne pût être dégluti et que l'hémorrhagie fût reconnue facilement.

Rapport.

Note sur deux observations de plaies par coup de feu de l'abdomen,
par le Dr Sévastopoulo (de Constantinople).

Rapport par M. Chauvel.

Vous avez encore présente à l'esprit la discussion qui a suivi l'intéressante observation de coup de feu de l'abdomen, commu-

niquée à la Société par M. le professeur Trélat, en son nom et en celui de notre collègue M. Pozzi. Pour contribuer à élucider le problème soulevé par cette communication, le Dr Sévastopoulo nous a envoyé deux faits de sa pratique. Je regrette que son exemple n'ait pas été suivi par d'autres chirurgiens, la question à l'étude étant du plus haut intérêt.

I. — La première observation de notre confrère est d'octobre 1880.

Un homme de 30 ans, lutteur de profession, S. P..., habitant Tchorlou (Turquie), est blessé par une balle de revolver, du calibre de 5 ou 5 millimètres et demi; balle réfléchie par une fontaine de marbre éloignée de deux à trois pas. La plaie, elliptique, est sur la paroi abdominale, à droite, au milieu de la ligne joignant l'ombilic à l'épine iliaque antéro-inférieure. Longue de 2 centimètres, convexe en dehors, elle a sa lèvre interne repliée en dedans, et contient des débris de vêtement. Sans doute, le projectile était déformé. Un liquide jaunâtre est immédiatement sorti par l'ouverture, il tache les vêtements; du sang s'écoule en nappe. Arrivé une heure après l'accident, le Dr Sévastopoulo constate cette hémorrhagie. La pression fait sortir de la plaie des caillots, des gaz d'odeur intestinale, mais pas de matières fécales. Le blessé est pâle, refroidi, très anxieux; la sonde retire de la vessie un demi-litre d'urine non sauguinolente.

Convaincu de l'existence d'une lésion de l'intestin, notre confrère, pris au dépourvu, sans chloroforme, sans instruments, se décide cependant à agir immédiatement. Avec de forts ciseaux guidés par le doigt, il agrandit la plaie verticalement, en haut et en bas, et sectionne toute la paroi, péritoine compris, dans une étendue de 15 centimètres. Issue de sang liquide et de caillots eu abondance, près d'un litre; sortie des anses intestinales souillées de matières fécaloïdes. Une de ces anses, affaissée, présente sur sa convexité une plaie allongée, avec uu lambeau flottant presque détaché; la muqueuse renversée en dehors. Ne pouvant réunir cette large perte de substance, sans rétrécir considérablement le calibre de l'intestin, je pris le parti, dit le Dr Sévastopoulo, de réséquer la totalité de la partie blessée, puis j'invaginai le bout supérieur dans l'iuférieur, séreuse contre séreuse, et les réunis par la suture de Lembert, dont un des fils, gardé long, maintenait l'intestin au voisinage de la plaie intestinale.

Lavage de la cavité abdominale avec de l'eau phéniquée bouillie, chaude, suivant la méthode de Gaillard Thomas; suture double de la plaie pariétale avec de la soie plate, non ourdie. Le sang venait des deux bouts de l'artère épigastrique coupée par la balle. Pansement à l'iodoforme, enveloppement ouaté, opium, lait et eau-de-vie. Enlèvement des sutures le huitième jour. Moins d'un an après, S. P... avait repris ses exercices. Revu depuis, il ne présente aucune menace de hernie, ne porte aucun bandage. Peut-être faut-il attribuer la solidité

de la cicatrice à l'épaisseur musculaire de la paroi au niveau de l'incision.

II. — Le second fait est moins intéressant :

Homme de 25 ans, coup de feu à bout portant de l'abdomen par projectile de petit calibre. Au niveau de l'ombilic, à gauche, à trois doigts de distance, petite plaie noirâtre sans écoulement. La palpation fait sentir une ligne douloureuse, nettement limitée, qui conduit à la région lombaire où l'on trouve la balle sous la peau. Extraction immédiate ; iodoforme sur les ouvertures, glace, opium. Le lendemain, un peu d'anxiété, fièvre et oppression légères, rétention d'urine. Le troisième jour, état excellent. Pendant quinze jours, des précautions furent prises ; il n'y eut aucun accident.

M. Sévastopoulo pense que, dans ce dernier cas, l'absence d'accidents péritonéaux, la possibilité d'un trajet simplement pariétal, contre-indiquaient la laparotomie immédiate préventive ; il s'abstint et fit bien. Dans le premier cas, au contraire, la perforation de l'intestin ne pouvait être mise en doute ; l'issue des matières fécaloïdes, en même temps que l'abondance et la persistance de l'hémorrhagie, invitaient le chirurgien à intervenir. Notre confrère, malgré les circonstances difficiles où il se trouvait placé, n'hésita pas un instant à ouvrir la cavité, à chercher la lésion de l'intestin, à réséquer la partie malade ; nous devons le féliciter de sa conduite.

Avouons toutefois que, si le succès vint récompenser son audace, quelques omissions semblent avoir été commises, qui pouvaient entraîner des conséquences funestes. Notre confrère a-t-il fait la ligature des bouts de l'artère épigastrique divisée ? Il ne nous en dit rien. Bien plus, il ne semble pas qu'il ait examiné, déroulé le paquet intestinal, pour s'assurer que la plaie rencontrée tout d'abord était la seule lésion, pour se convaincre qu'il n'existait pas d'autre perforation de l'intestin, du mésentère, pour suivre le trajet de la balle au delà de l'orifice d'entrée.

Disons de suite que l'opération de M. Sévastopoulo, faite en 1880, serait une des premières en date, et que les règles à suivre dans ces cas n'étaient pas, à ce moment, établies avec netteté, comme elles le sont actuellement. Dans un remarquable travail, publié tout récemment dans *The Journal of American med. Association*, 1887, t. 8, p. 225, le Dr Thomas Morton (de Philadelphie), a réuni 57 cas de laparotomie pour traumatisme de l'abdomen. Faite 4 fois seulement jusqu'en 1881, 5 fois en y comprenant le cas de M. Sévastopoulo, la section abdominale dans ces conditions est pratiquée 7 fois en 1883, 5 fois en 1884, 13 fois en 1885, 29 fois en 1886,

et, sans doute, quelques faits sont restés ignorés. Cette progression croissante montre que l'intervention devient de jour en jour la règle de conduite acceptée, et rien que dans les derniers mois, et rien que pour coup de feu par revolver, j'ai relevé 9 laparotomies, non compris celles de MM. Trélat et Pozzi.

Ces observations, je les résume brièvement ici ; elles serviront plus tard à élucider le problème en discussion.

Observation I. — *Robert Albe.* — Homme, 53 ans, très fort, petit revolver, plaie sur la ligne médiane, 3 pouces au-dessus du pubis. Opération six heures après le coup, pouls bon, sensibilité et tympanite se montrent. Péritoine enflammé, collections de liquide grisâtre avec pus et matières fécaloïdes, entre la paroi et l'intestin formant deux sacs isolés par des exsudats ; quatre perforations intestinales et une vésicule. Suture, nettoyage antiseptique, drainage en avant. Mort après quelques heures ; péritonite purulente. L'auteur attribue le décès à l'urémie, mais son interprétation ne s'appuie que sur des symptômes et non sur des lésions constatées (*Annals of Surgery,* décembre 1886, p. 495).

Obs. II. — *T. Bull* (de New-York). — Homme, 57 ans, revolver calibre 32, choc, refroidissement, pouls faible, vomissements, pénible douleur. Phase d'entrée à l'épigastre, 3 pouces au-dessus de l'ombilic, et 2 à gauche de la ligne médiane. Sortie à droite, sur la ligne axillaire, entre la dernière côte et la crête iliaque; pas d'hémorrhagie, urine normale. Quatre heures après le coup : Pouls, 134, respiration, 28, température élevée ; injections dans les veines de 750 grammes de solution saline ; amélioration légère. Opération sept heures trois quarts après l'admission, l'état est très mauvais. On trouve le lobe gauche du foie coupé transversalement par la balle ; un épanchement séro-sanguin abondant, le sang coule sitôt qu'on cesse d'éponger la cavité. Mort pendant l'opération avant inspection complète des viscères ; pas d'autres lésions (*Annals of Surgery,* décembre 1886).

Obs. III. — *Britton.* — Femme, revolver, vue deux heures après, pouls, 80, température, 38°,2 ; pas de collapsus, vomissement alimentaire ; submatité à gauche. Plaie à trois pouces et demi au-dessus de l'ombilic, un demi-pouce à gauche de la ligne médiane ; pansement antiseptique, glace, injection de morphine. Le lendemain, tympanite, pas de douleurs, intervention nécessitant une incision très étendue. Sérosité sanguine, liquide louche ; nécessité de sortir l'épiploon et le côlon transverse. Sur la grande courbure de l'estomac, deux petites déchirures, l'une en avant, l'autre en arrière de l'insertion épiploïque. Suture de Lembert, opération de l'intestin : l'opération a duré deux heures. Aggravation graduelle ; température de 39 à 41° ; pouls de 140 à 150 ; morte le lendemain. A l'autopsie, péritonite aiguë généralisée, épanchement brunâtre ; quatre plaies de l'intestin n'avaient pas été

reconnues. La balle était en avant du rein gauche (*Société de chirurgie de New-York*, 8 décembre 1886).

Obs. IV. — *W. T. Bull.* — Homme, 24 ans, alcoolique, frappé dix minutes avant son entrée à l'hôpital. La balle, du calibre 44, entrée un pouce et demi à droite de l'épine du rachis, à hauteur de la dernière côte, est sortie en avant, sous la peau, à un pouce et demi à droite, et deux pouces au-dessus de l'ombilic. Pouls, 92, respiration, 22, température, 37°. Cinq heures plus tard, douleur vive ; pouls 92, respiration, 35, température, 37°. Matité hépatique diminuée, sensibilité autour de la balle ; région lombaire gauche sonore, la droite mate ; matité changeante avec la situation du sujet, sans fluide dans la cavité. La balle enlevée, le doigt pénètre dans l'abdomen, et par la plaie sort une sérosité sanguine abondante avec odeur fécale, pas de matières. Incision médiane de onze pouces, enlèvement de une à deux pintes de sérum et de caillots. Quatre porforations, deux du jéjunum et deux du côlon transverse sont fermées par la suture de Lembert. Examen des viscères, lavage phéniqué. Tissu du mésocôlon ascendant noirei par le sang extravasé. L'opération a duré une heure trois quarts ; pouls, 125, respiration, 42 ; réaction imparfaite, mort après huit heures.

L'autopsie ne fit pas découvrir le point d'entrée dans la eavité, mais une large extravasation du sang dans le tissu rétro-péritonéale, sans autre lésion des viscères (*Med. News, novembre* 1885 et *Annals of Surgery*, 1887, p. 351).

Obs. V.—*M. T. Bull.*— Homme, voilier, 25 ans. Revolver, calibre 48, vingt minutes avant l'entrée. Pâleur, nausées, P. 96, R. 26, T. 36°,8. Placé de 2 pouces au-dessous et à gauche de l'ombilic ; peu de douleurs ; iodoforme, morphine. Après deux heures : P. 104, R. 24, T. 37°. — Opération : issue d'anses intestinales baignant dans un sérum sanguin, sans odeur ; deux plaies trouvées sont suturées. L'examen montre du sang, des caillots et une plaie d'un demi-pouce de long près du bord mésentérique, elle est réunie. Ouverture circulaire du mésocôlon, saignante; les tissus sont pris dans un clamp et liés. Nettoyage; durée, une heure cinquante minutes ; pouls 128, refroidissement, injections de whisky. La marche fut simple, et malgré la hernie dans la plaie d'une anse intestinale, la guérison était complète en huit semaines (*Annals of Surgery*, 1886, t. IV, p. 468).

Obs. VI. *J. W. Heddens.* — Homme, 30 ans, coup de pistolet, épigastre. Douleur vive, immédiate, du eôté droit, du dos, de l'épaule droite, dyspnée, on croit à une hémorrhagie. Laparotomie. La balle traversait les fosses; un morceau du vêtement fut retiré de la cavité péritonéale ainsi que 4 onces de sang. Guérison sans accident (*Transac. Med. Assoc. stake of Missouri*, mai 1886 et *Annals of Surgery*, décembre 1886).

Obs. VII. — *C.-A. Jersey* (de New-York).— Homme, 44 ans, revolver, calibre 32. Plaie 1 pouce et demi à droite de la ligne médiane et 1 pouce

au-dessus de l'ombilic. Choc intense, réaction lente, ni vomissements, ni selles, ni signes d'hémorrhagie interne. Vingt heures après l'entrée, une incision du trajet ayant démontré la pénétration, laparotomie médiane, sérum et quelques caillots dans la cavité. 7 plaies viscérales, 4 de l'intestin, 3 du mésentère dont 2 seulement pénétrantes, sont suturées au catgut et pansées à l'iodoforme. Toilette soigneuse. Réaction lente; hoquet, vomissements, agitation, mort le deuxième jour. A l'autopsie, réunion des plaies intestinales et de l'abrasion mésentérique; mais les lèvres des plaies perforantes du mésentère, séparées et désunies, étaient couvertes d'une eschare nouée, molle, jetant du pus dans la cavité péritonéale. L'auteur en conclut qu'il eût fallu exciser ces bords et suturer les surfaces saines obtenues (*New-York Med. Rec.*, 16 octobre 1886).

Obs. VIII.— *Mc Keslat.*— Homme, 23 ans, balle de revolver. Plaie à 2 pouces au-dessus et 1 pouce au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche. Pas d'indices de lésions intestinales, choc modéré. Le lendemain, signes de péritonite, laparotomie; 2 perforations à bords continus dans la partie inférieure de l'S iliaque, écoulement du contenu de l'intestin. Ces plaies sont fermées par une *simple ligature*, en raison de l'état du collapsus du patient et aussi, dit le chirurgien, en raison de la profondeur et de la fixité de l'intestin qui ne permettait pas de l'attirer au dehors. Malgré un lavage soigneux et le drainage, mort après quelques heures. La balle était logée entre la vessie et le rectum. Il n'existait pas de lésion viscérale méconnue (*The Lancet*, 1er janvier 1887).

Obs. IX.— *Th. Morton.*— Homme, 36 ans, très fort. Balle du calibre 32, tirée à 2 pieds, pas de choc, nausées, douleur violente, pouls et respiration légèrement accélérée. Plaie à 1 pouce et demi au-dessus et 1 demi-pouce à droite de l'ombilic; ni tympanisme, ni emphysème. Opération, une heure et demie après l'accident, vomit du sang pendant l'éthérisation. Issue de sang, de gaz, de matières. 4 perforations de l'estomac, saignantes et béantes, sont trouvées, les postérieures très difficilement. Sillon linéaire du côlon transverse juste avant sa couture. Toutes ces plaies sont rafraîchies et réunies par un catgut fixe, chromique, suture de Lembert. Épiploon déchiré, rempli de caillots; une partie est excisée, les fentes réunies. Ecchymoses multiples de l'intestin et du mésentère, contusion probable, réunion des séreuses par-dessus les parties malades. Examen soigneux de la cavité et des viscères, lavages au sublimé. Durée de l'opération, deux heures. Réaction naturelle pendant quatre heures, puis signes d'hémorrhagie interne et mort au bout de six heures.

A l'autopsie, une pinte de sérum sanguinolent dans la cavité, intestins congestionnés; réparation bonne, pas de plaies oubliées. La balle avait traversé le diaphragme et coupé l'intercostal sous la septième côte; la plèvre contenait 1 pinte et demie de sang. Les difficultés éprouvées pour trouver les blessures de la paroi supérieure de l'estomac

avec un épiploon excipé et ecchymosé, sont, dit l'auteur, au delà de toute description (*Journ. of American med. Assoc.*, 1887, t. 8, p. 225).

Ces 9 observations, en y ajoutant le fait de M. Sévastopoulo, nous donnent 3 guérisons et 7 morts, ou 70 0/0 de léthalité. Cette proportion est un peu plus élevée que celle donnée par M. le professeur Trélat, 60 0/0; mais elle est, d'un autre côté, moins forte que le chiffre obtenu par Morton sur 22 laparotomies pour coups de feu de l'abdomen. Le chirurgien américain ayant réuni les observations publiées jusqu'à la fin de l'année dernière, il est possible, il est même probable que sa statistique comprend en partie les faits qui ont servi à M. le professeur Trélat et qui me servent aujourd'hui à établir le coefficient de mortalité de l'intervention. Malheureusement le travail de Morton ne donne pas l'indication des observations. C'est pour faciliter les recherches que j'ai cru devoir, dans ce rapport, résumer les derniers cas publiés. En somme, sur 22 cas, Morton relève 5 guérisons et 17 morts, ou 77 0/0 de léthalité. Il attribue la priorité à Kinloch en 1881; le premier succès à Kocher en 1883. Nous savons aujourd'hui que ce double mérite revient au Dr Sévastopoulo, dont l'opération heureuse date de 1880.

Messieurs, je n'ai pas l'intention de reprendre à mon tour la discussion soulevée, il y a trois mois à peine, par la communication de MM. Pozzi et Trélat, bien que depuis ce moment les préceptes défendus par nos collègues aient reçus des faits et de l'observation un nouvel et puissant appui. En Amérique, Varrich, Hamilton, Nancrède, Tremaine, Bull, Morton, se prononcent nettement en faveur de la laparotomie immédiate dans les plaies pénétrantes de l'abdomen par coup de feu. Pour eux, la certitude d'une lésion de l'intestin, la probabilité d'un épanchement, le début d'une inflammation péritonéale, ne sont pas nécessaires pour décider le chirurgien. Il suffit qu'il y ait pénétration pour que l'indication soit présente, et, pour constater cette pénétration, certains n'hésitent pas à dilater le trajet de la balle, à débrider largement la plaie pariétale, poursuivant au besoin l'incision jusqu'au péritoine y compris, pour examiner *de visu*, avec l'œil, avec le doigt, avec l'éponge, l'état des viscères abdominaux.

Cette conduite, audacieuse peut-être, s'appuie sur la conviction que toute perforation de l'intestin par balle est presque fatalement suivie de mort, sur l'observation qui montre que chaque minute de retard enlève des chances de succès. Attendre les premiers signes de péritonite, c'est courir au-devant d'un échec; laisser l'épanchement se produire, c'est multiplier le danger. Sur 8 coups de feu de l'abdomen par revolver, Bull opère 3 fois, il obtient 1 succès;

dans les 5 cas où il n'intervient pas, la mort est constante, et l'autopsie montre que l'opération était possible et qu'elle eût été probablement utile. En principe donc, la pénétration avec lésion intestinale probable est une indication nette et préeise de la laparotomie immédiate.

Les adversaires de l'intervention objectent que les lésions par balles de revolver peuvent guérir spontanément, que le diagnostic de la perforafion est des plus délicats, que l'opération est parfois excessivement difficile, longue, périlleuse, et que les blessés succombent plus au choe opératoire qu'à la péritonite par épanchement. Pour résoudre l'objection première, il est indispensable qu'à l'avenir les cas de blessure du ventre par eoups de feu soient reeueillis avec soin et, s'il y a mort, que la cause du décès soit nettement précisée. Il y a quelques jours à peine, la *Gazette des hôpitaux* (17 mars 1887) publiait une observation de M. Fleury, de Clermont, où la lésion de l'intestin a manifestement entraîné la péritonite et la mort. La question sera vite résolue si tous les faits sont publiés. Trémaine, à New-York, constate qu'en Amérique il n'existe pas un cas *authentique* de guérison spontanée d'une perforation de l'intestin par coup de feu. Compter sur un résultat aussi exceptionnel, en avons-nous le droit?

Le diagnostic de la pénétration, de la lésion de l'intestin, hors les eas d'issue de matières par la plaie, est certainement des plus difficiles. Le ealibre de la balle, la distanee du coup, la situation des orifices ne donnent que des présomptions. Le choe intense, le refroidissement, l'agitation, l'anxiété ne sont guère plus probants; si l'on attend le développement de la douleur, la tympanite, les selles sanglantes, les chances de succès seront bien diminuées. Bull, hors les eas où la balle a frappé les parois postérieure et latérales, cas où l'élargissement de la plaie ne permet pas l'exploration de la cavité et où les ehances de non-pénétration sont assez grandes; hors les eas de choc intense et prolongé, veut qu'on s'assure par l'élargissement de la plaie de la pénétration et de la lésion des viscères. Pour lui, toute pénétration, même sans épanehement, nécessite la laparotomie. Nous ne saurions souscrire à cette dernière proposition, et s'il n'y a ni lésion viscérale évidente, ni issue de sang ou de liquides intestinaux, agir quand même est aller un peu loin. Admettant l'incision exploratriee prudente et méthodique, nous ponsons que, seule, une lésion viscérale devenue ainsi évidente indique la section abdominale.

Nous n'avons pas besoin de faire ressortir iei les avantages d'une intervention hâtive ; les observations montrent qu'au delà de sept à huit heures les chances de suceès sont eonsidérablement réduites. La présenee des épanehements sanguins ou fécaloïdes, l'irritation

du péritoine, l'affaiblissement du blessé, les difficultés d'un nettoyaye complet, expliquent les dangers qu'entraîne la temporisation. Un collapsus intense peut cependant obliger à attendre qu'un peu de réaction se produise.

L'opération décidée, où faire la section pariétale? Contrairement à la conduite suivie par notre confrère de Constantinople, tous les opérateurs s'accordent pour adopter la section médiane. Seule, l'incision sur la ligne blanche permet l'exploration méthodique des viscères abdominaux, exploration minutieuse, longue, difficile, dont les difficultés ne sont connues, dit Morton, que de ceux qui les ont éprouvées. Nombre d'opérés ont succombé à des perforations oubliées, à des lésions méconnues.

Le Dr Sévastopoulo n'a pas hésité à réséquer une partie de l'intestin tout entier, en raison de la longueur de la plaie qui rendait sa réunion difficile et sa fermeture dangereuse par le rétrécissement probable du canal. Une telle conduite doit être imitée dans les cas où les plaies intestinales sont très larges, fortement contuses, si plusieurs perforations sont très rapprochées. La suture de Lembert, faite avec de la soie antiseptique ou de fin catgut, paraît être le mode de réunion généralement accepté. Je passe sous silence les soins indispensables dans toute laparotomie pour épanchement, les irrigations chaudes, la ligature des vaisseaux, etc., pour ne pas étendre ce rapport déjà trop long, et je termine par cette proposition : « Toute plaie pénétrante de l'abdomen par coup de feu de petit calibre avec lésion intestinale, vasculaire ou viscérale probables, exige l'élargissement de la plaie, l'exploration des viscères sous-jacents, et, s'il y a lésion constatée, nécessite la laparotomie immédiate. »

Ayant résumé les observations de M. Sévastopoulo au début de ce rapport, je vous propose : 1° d'adresser des remerciements à l'auteur ; 2° de déposer son travail dans nos archives ; 3° de l'inscrire en rang honorable parmi les candidats au titre de correspondant étranger.

Rapport.

Des plaies de l'abdomen pendant l'expédition du Tonkin, par le Dr Nimier, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Rapport par M. Chauvel.

L'intervention chirurgicale que j'ai hautement soutenue pour les plaies pénétrantes par coups de feu de l'abdomen, quand il s'agit

de balles de petit calibre, dans les conditions de la pratique ordinaire et surtout hospitalière, doit-elle être acceptée de même pour les projectiles de guerre et dans la chirurgie d'armée? Telle est la question que s'est posée le Dr Nimier. Pour la résoudre, notre collègue a réuni les faits de plaies par coups de feu de l'abdomen observés au Tonkin; il les a résumés dans plusieurs tableaux annexés à son travail. Sur 109 traumatismes abdominaux, il note : 41 plaies non pénétrantes avec 40 guérisons, et 68 plaies pénétrantes avec 53 décès seulement, soit 78 0/0 de mortalité.

Insistant sur les difficultés d'une antisepsie suffisante dans l'encombrement qui résulte du combat, sur le choc intense que produisent les balles des armes actuellement en usage, M. Nimier pense que la laparotomie primitive est le plus souvent inexécutable en campagne. Analysant alors les faits observés, il trouve que 38 blessés sont morts dans les vingt-quatre heures, 3 le deuxième jour, que 25 seulement survivaient le troisième et se trouvaient dans des conditions d'intervention possible. Mais si on songe que de ces 25 survivants, 15 ou les 3/5e ont guéri par le traitement médical, immobilité et opium, il semble absurde de préconiser une opération délicate, dangereuse, et dont les chances de succès ne sont certainement pas aussi élevées que celles de la thérapeutique ordinaire.

En présence de ces magnifiques résultats qui contrastent avec les relevés statistiques des grandes guerres modernes, notre collègue se sent pris de doute, et se demande si le diagnostic a toujours été établi d'une façon certaine. Il remarque que 6 des cas à longue survie, que 9 des 15 faits de guérison ont trait à des lésions de la région inférieure de l'abdomen, souvent du rectum et de la vessie. Il n'en conclut pas moins que la laparotomie exploraratrice ne saurait être pratiquée en campagne, et que la péritonite franche autorise seule l'intervention.

A l'appui de cette doctrine, le Dr Nimier nous donne quelques observations de coups de feu compliqués, dans lesquels la lésion abdominale, malgré sa gravité, a dû céder le pas à une blessure du thorax ou d'une autre région. En somme, rejetant la laparotomie immédiate, sauf dans des cas exceptionnels qu'il ne spécifie pas, notre collègue, hors les cas de péritonite franche, traduisant la pénétration du projectile, se rattache à la thérapeutique médicale, immobilité et opium, dans les coups de feu de l'abdomen pénétrants ou réputés tels. La doctrine est nette, l'application en est aisée. Est-elle juste; répond-elle à l'expérience et devons-nous l'accepter sans conteste? Personnellement je n'y suis pas disposé.

Vous le savez comme moi, on fait dire bien des choses aux statistiques; on leur fait dire même des choses absolument opposées,

suivant la façon dont on les interprète. Les relevés des blessures de guerre se prêtent plus que tous autres à ces interprétations diverses, parce que le nombre des observations incomplètes, des faits indéterminés, y dépasse parfois celui des résultats précis. Analysant à mon tour les tableaux de M. Nimier, je remarque que des 38 cas de plaies pénétrantes, portés comme ayant succombé dans les vingt-quatre heures, il en est 3 qui se rapportent à des éclats de bombe, d'obus, avec lésions complexes si graves que la mort est arrivée en une heure au plus.

Des 35 restants, 16 ont succombé le jour même de la blessure, 15 le lendemain seulement, c'est-à-dire après plus de douze et peut-être de vingt heures. En les ajoutant aux 12 qui ont survécu plus de vingt-quatre heures, je trouve donc 27 blessés, chez lesquels la rapidité de la terminaison funeste n'a pas été telle que toute intervention opératoire fût par là même impossible. D'un autre côté, sur les 15 guéris, je relève 4 malades portés comme évacués et dont la guérison pourrait être contestée, ce qui diminuerait d'autant la proportion des succès.

Ce rapide examen me permet déjà de modifier les conclusions de mon excellent collègue, et prouve que la fréquence de la mort rapide est moins grande qu'il ne semblait l'admettre ; que le nombre des guérisons spontanées doit être un peu diminué. Mais ce qui m'a frappé davantage, c'est le manque absolu de détails des observations. Sur les 38 décès du premier et du deuxième jour, trois fois seulement la cause de la mort est indiquée (3 hémorrhagies) ; sur les 12 décès postérieurs, il en est absolument de même. Dans la première catégorie, le signe de la blessure est précisé huit fois, trente fois il reste indéterminé ; dans la deuxième, il est donné six fois sur douze, et cinq fois la lésion siégeait dans la partie inférieure du ventre. Bien plus, la même incertitude se retrouve six fois sur quinze dans les cas de guérison, et tous les succès certains concernent des lésions du gros intestin avec ou sans la vessie, de la vessie et de l'urèthre. Dans quelques cas seulement, l'issue des matières témoigne de la perforation intestinale; dans le plus grand nombre, rien ne prouve la pénétration admise. De telles observations ne sauraient, il me semble, permettre des conclusions aussi nettes que celles de M. le Dr Nimier.

Les statistiques des grandes guerres modernes prouvent l'épouvantable gravité des plaies pénétrantes de l'abdomen par coups de feu. Ainsi que le disait le professeur Trélat, les blessés n'ont, dans les lésions de l'intestin grêle, pas même une chance sur cent de guérison. Quelle est la cause de cette gravité, et de quoi meurent les malheureux ainsi frappés ? Les relevés de M. Nimier tendent à mettre hors de cause la péritonite septique, suppurée, en raison de

la rapidité du décès. Faut-il donc invoquer l'hémorrhagie interne? Certes, elle doit être souvent incriminée, mais ne peut l'être toujours. Faut-il revenir à la commotion, au choc? Les observations ne permettent malheureusement pas de répondre.

La question est de la plus haute importance au point de vue de la conduite à tenir. Si les blessés meurent par le choc, la laparotomie paraît contre-indiquée, bien qu'on ait écrit que l'arrosage des intestins avec de l'eau chaude était le meilleur moyen de rétablir l'influx nerveux suspendu par la commotion. Si l'hémorrhagie interne est cause de la mort, la section abdominale permettra dans les cas où le vaisseau est de petit ou moyen volume de tenter, sinon toujours d'obtenir, l'hémostase définitive. Enfin, si le contact des matières intestinales, de la bile, de l'urine, est la cause des accidents mortels, l'indication est précise : ouvrir le ventre, fermer les perforations, nettoyer la cavité. Posons donc le problème puisque nous ne pouvons faire plus, et espérons que des faits précis viendront plus tard permettre de le résoudre.

Bien qu'il en soit, le choc ne saurait être cause de la mort quand la vie se prolonge plus de douze heures, et nous avons vu que 27 blessés sur 47 étaient dans cette condition. L'encombrement des ambulances, les difficultés d'une installation convenable et d'une antisepsie complète, imposent-elles au chirurgien militaire la non-intervention immédiate ? Ainsi le pense M. Nimier. Ici encore, je crois devoir faire quelques réserves.

L'antisepsie, que l'on invoque si souvent, et dont j'ai, plus d'une fois déjà, soutenu l'immense importance, me semble destinée à produire une révolution véritable dans la chirurgie du champ de bataille. Nous avons tous été élevés, je parle des hommes de mon âge, dans l'idée que le traitement des fractures par coups de feu des membres devait être la principale préoccupation du médecin militaire. Nos pères, nos maîtres ont discuté des années sur la valeur des amputations primitives ou secondaires, sur les indications des résections immédiates ou retardées, sur l'opportunité de la conservation et de l'intervention opératoire. Depuis quelques années, ces problèmes semblent en partie résolus; la résection primitive est presque abandonnée; l'amputation a perdu du terrain, la conservation en a beaucoup gagné. En somme, l'intervention *immédiate*, de quelque nature qu'elle soit (exploration, extraction des esquilles, résection, amputation), n'est plus considérée, grâce aux pansements antiseptiques, comme une nécessité première. Si cette doctrine se généralise peu à peu, la grande préoccupation, en même temps que la grande occupation du chirurgien d'ambulance, s'en trouvera singulièrement modifiée et allégée.

Jusqu'ici les plaies viscérales, les blessures de la poitrine et de

l'abdomen étaient forcément négligées ; le mieux semblait de n'y pas toucher, et, pour les dernières, l'opium à hautes doses et l'immobilité constituaient d'habitude le seul traitement mis en usage. Malgré l'exemple de Bonstens, malgré les conseils de M. Legonest, on n'osait ouvrir le ventre, chercher les perforations, suturer l'intestin. Je pense qu'il ne faut pas s'obstiner dans une abstention systématique et abandonner le blessé aux efforts de la nature. Tout épanchement des matières intestinales dans la cavité du péritoine est presque forcément et rapidement mortel. Si, après les lésions par balles de revolver, ces épanchements sont pour ainsi dire constants, les plaies plus grandes, plus déchirées des projectiles de guerre doivent donner aux matières une issue plus libre encore et amener une péritonite septique ou peut-être une intoxication, une irritation suffisante pour entraîner une terminaison rapidement fatale.

Alors que les conditions aseptiques probables de la balle, des esquilles, nous conduisent à moins nous préoccuper que jadis de l'extraction des projectiles et des fragments osseux, la certitude de la septicité, de la toxicité, du contenu de l'intestin, doivent nous pousser à l'enlèvement immédiat de ces matières épanchées dans le ventre. C'est ainsi que, modifiant leur manière de faire, les chirurgiens d'ambulance se trouveront conduits à un examen plus attentif des blessures de l'abdomen, et, dans les cas de lésions intestinales, à la pratique de la laparotomie. Pendant que les esquillotomies, les extractions de projectiles, les résections, et peut-être aussi quelques amputations, seront renvoyées à une époque plus tardive, la chirurgie abdominale prendra leur place dans les ambulances de première ligne.

Comme je le disais tout à l'heure, l'antisepsie, acceptée en principe, conduira progressivement, je le crois, à une catégorisation différente des blessures par coups de feu, au point de vue de l'examen et de l'intervention immédiate. Je vous demande pardon, messieurs, de m'être laissé entraîner à ces considérations générales, qui m'ont été suggérées par la très intéressante communication de M. Nimier.

Bien que je ne partage pas ses idées, bien que j'aie combattu l'abstention qu'il semble poser en règle dans les plaies pénétrantes de l'abdomen par projectiles de guerre (balles de fusil), je suis heureux de rendre justice à son travail et au soin extrême avec lequel il est fait. Je vous propose donc : 1° d'adresser des remerciements à l'auteur ; 2° de déposer honorablement son mémoire dans nos archives.

Discussion.

M. Reclus. Sans vouloir augmenter l'importance de la discussion présente, je rappellerai que je fais en ce moment des expériences sur les plaies intestinales avec mon interne. Celles-ci me suggèrent quelques remarques.

La première a trait aux statistiques, qui sont toutes incomplètes ou insuffisantes. En effet, il n'est pas possible que les plaies de l'abdomen aient, pendant la campagne du Tonkin, donné autant de résultats favorables, alors que, dans la guerre de sécession américaine, la mortalité a été de près de 100 0/0.

Peut-être une statistique moyenne ou intermédiaire serait meilleure. En tout cas, il n'y a rien de précis dans ces faits et l'avenir seul pourra nous éclairer.

Cette statistique est encore plus difficile à établir pour les plaies par balles de revolver. Si le malade guérit, on reste dans le doute sur la blessure et sur la pénétration réelle dans l'intestin. Nous connaissons tous des cas semblables qui n'ont pas été publiés, car les chirurgiens n'ont pas osé affirmer la perforation.

Or, dans mes expériences, il arrive souvent qu'il n'y a issue ni de gaz, ni de liquide intestinal; l'anse de l'intestin reste remplie. La muqueuse déchirée, écartée au moment du passage du projectile, forme bouchon et empêche la sortie des liquides.

Sur le vivant, cette occlusion doit encore être favorisée par le gonflement congestif des bords de la plaie; à moins que le malade ne marche ou n'avale des liquides ou des aliments, comme dans le cas de M. Trélat.

Si la thérapeutique rationnelle consistait toujours à immobiliser l'intestin, à supprimer les aliments abondants et surtout les liquides, la guérison pourrait avoir lieu, dans bien des cas, sans accidents.

D'après nos expériences sur les chiens, nous voyons que, lorsque l'estomac et l'intestin sont vides, les plaies par balle de revolver guérissent rapidement et sans encombre.

Si des matières abondantes se trouvent au niveau de l'orifice, il y a le plus souvent issue des matières dans le péritoine, et péritonite, comme chez l'homme.

On pourra objecter que le péritoine du chien ne réagit pas comme celui de l'homme. Cela n'est pas vrai; car, toutes les fois que des matières fécales tombent dans sa cavité, il y a péritonite grave, même chez le chien.

J'insiste sur un autre point important. Quand il y a une plaie de l'intestin par balle, la nature a une tendance naturelle à guérir cette ouverture et à la fermer. Elle est pour cela mieux outillée

que nous chirurgiens; car il nous faut faire une ligature étendue, et prendre beaucoup d'étoffe pour réunir les bords en adossant le péritoine, ce qui cause un rétrécissement du calibre. La nature agit plus facilement et par le simple rapprochement des bords, de là absence de rétrécissement.

L'étendue de la plaie n'a pas toujours par elle-même une grande importance à propos du pronostic. Je n'en veux pour preuve que ce fait observé sur un de nos animaux en expérience. Il y avait plusieurs plaies; l'animal mourut de péritonite et nous trouvâmes que l'épanchement intra-péritonéal, cause de la mort, était dû au passage des matières par une plaie petite, alors que des plaies longues, en écharpe, étaient déjà cicatrisées et n'avaient donné lieu à aucun épanchement. Il n'y avait cependant pas à ce niveau de suture de Lembert.

Je terminerai en citant une observation intéressante publiée dans la *Gazette des Hôpitaux*, par M. Fleury de Clermont.

Ici la mort survint par hémorrhagie dans le péritoine. Il y avait oblitération de l'orifice produit dans la paroi intestinale par le projectile: c'était un gros vaisseau du mésentère qui saignait.

Je rappellerai aussi que, dans les observations publiées et surtout dans les discussions sur ce sujet, on n'a jamais tenu compte exactement d'un facteur important, c'est-à-dire du temps qui s'écoule entre le début de la blessure et l'apparition de la première réaction qui donne le signal des accidents.

Cet espace de temps a la plus grande importance, car il permet d'agir sur le malade, d'immobiliser l'intestin, et souvent, ainsi que je l'ai démontré tout à l'heure, d'empêcher l'épanchement et les accidents qui en sont la conséquence ordinaire.

M. Kirmisson. Cette question a été étudiée surtout en Amérique et principalement dans ces derniers temps. Les chirurgiens américains tendent à pratiquer la laparotomie préventive, avant l'apparition des accidents.

En pratiquant l'ouverture de l'abdomen, ils ont pour but non seulement de suturer l'intestin, d'empêcher la sortie des matières fécales et au besoin de laver le péritoine, mais aussi d'arrêter les hémorrhagies souvent mortelles qui menacent le malade. Les projectiles atteignent non seulement l'intestin mais aussi les gros vaisseaux profonds. On peut ainsi enlever les caillots, des lambeaux de vêtements, etc.

M. Chauvel. Cette question est encore à l'étude, donc elle est loin d'être résolue. Il faut pour cela un grand nombre de faits, mais il faudra surtout publier tous ceux où la perforation n'est pas dé-

montrée ; ils serviront de jalons pour étudier ceux où les accidents consécutifs ont seuls indiqué nettement cette pénétration.

M. Reclus. Je crois pouvoir affirmer, d'après les expériences, qu'on peut déclarer un tant pour cent pour les cas de perforation réels, et ce chiffre doit être assez élevé, car l'absence de perforation intestinale m'a toujours semblé très rare.

M. Chauvel. Il faut tenir compte aussi du collapsus ou de l'ébranlement général du malade, qui peut provoquer la mort et contre-indiquer par conséquent la laparotomie.

M. Kirmisson. J'insisterai aussi sur le siège de la lésion qui a également une grande importance.

Communication.

M. Guerlain (de Boulogne) lit une observation intitulée : *Plaie de la main par arme à feu ; amputation en V. Guérison.*

Renvoyée à une commission (M. Bouilly, rapporteur).

M. Duret (de Lille) lit une observation *sur le traitement du pied bot varus.*

Renvoyée à une commission (M. Pollaillon, rapporteur).

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,

Terrillon.

Paris. — Société d'Imp. PAUL DUPONT (Cl.) 41.5.87. *Le Gérant* : G. MASSON.

Séance du 27 avril 1887.

Présidence de M. LANNELONGUE.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *Métro-péritonite et pelvi-péritonite aiguës*, par le professeur LÉON DUMAS (de Montpellier) ;

3° *Traitement chirurgical de l'ongle incarné* (procédé nouveau), par le Dr STOCQUART (de Bruxelles) ;

4° *De l'ongle incarné* (Revue critique), par le Dr Max BREITUNG (de Berlin), traduction d'O. BOULENGIER, étudiant en médecine ;

5° *Blessure pénétrante du crâne, produite par une arme à feu ; guérison*, par le Dr J. BERRA, d'Ayacucho (République Argentine) (Commissaire : M. Chauvel) ;

6° *De l'emploi du chloroforme dans les amygdalotomies*, par M. CAZIN (de Boulogne-sur-Mer), membre correspondant ;

7° *De l'appareil moteur de l'œil de l'homme et des vertébrés*, par le Dr MOTAIS (d'Angers) ;

8° *De l'ongle incarné*, par le Dr CHASSINOT, d'Hyères (Var) (Commissaire : M. Polaillon).

A propos du procès-verbal de la séance du 20 avril 1887.

Note par M. le Dr CAZIN (de Berck-sur-Mer), membre correspondant.

M. CAZIN revendique pour M. PARISE (de Lille) la priorité de l'emploi du chloroforme dans l'amygdalotomie chez les enfants indociles ou pusillanimes. Depuis 1862, lui-même s'en est servi plus de 40 fois, sans aucun accident, seulement il faut que l'anesthésie soit très légère et que l'instrument soit rapidement appliqué, à droite d'abord, puis à gauche, l'enfant étant presque assis pour éviter le passage du sang dans les voies respiratoires.

M. Cazin conseille de placer l'enfant de sorte que la tête pendant hors du lit, le chirurgien puisse se placer derrière elle ; on commence alors par enlever l'amygdale gauche. Parfois la situation donnée pour l'examen des yeux rend service pour l'exploration de la gorge chez les enfants non endormis. Toutefois, notre confrère reconnaît que l'opération est plus difficile, souvent plus émouvante, et exige toujours une extrême rapidité dans l'exécution.

Rapport.

Sur cinq observations, par le Dr Ferret (de Meaux).

Rapport par M. Polaillon.

M. le Dr Ferret, chirurgien de l'hôpital de Meaux, a adressé à la Société plusieurs observations que je vais analyser sommairement en insistant sur celles qui offrent le plus d'intérêt.

Observation I. — *Taille articulaire pour l'extraction d'un corps étranger du genou.*

Un homme de 38 ans portait un corps mobile et douloureux dans le genou gauche. Dans l'attitude étendue de la jambe, on sentait ce corps à la partie interne de l'articulation, au niveau de l'interligne articulaire, à 3 centimètres en arrière du bord interne de la rotule.

M. Ferret fit la taille articulaire en observant les règles d'une antisepsie rigoureuse. Le corps étranger, qui était gros comme une cerise, était pourvu d'un pédicule de 8 millimètres de diamètre. Ce pédicule étant très peu vasculaire, il ne fut pas nécessaire de le lier après la section. La plaie fut exactement refermée, sans interposition d'un drain, par quatre points de suture métallique, comprenant seulement la peau et les parties sous-cutanées. Après l'application d'un pansement antiseptique, le membre fut immobilisé dans un appareil plâtré. Aucune réaction fébrile. L'immobilisation fut maintenue pendant seize jours, au bout desquels le malade se lève et marche, sans éprouver la moindre gêne dans l'articulation opérée.

Le corps étranger était arrondi, lisse. Il était constitué par du tissu fibro-cartilagineux, au milieu duquel on trouvait des cellules adipeuses, plus nombreuses dans les couches centrales que dans les couches périphériques.

Obs. II. — *Opération de hernie étranglée. Cure radicale.*

Dans une opération de hernie inguinale étranglée avec résection du sac et suture de l'anneau avec trois fils de catgut, M. le Dr Ferret trouva, en arrière et en dedans de cette hernie, une tumeur mollasse,

du volume du poing, qui s'étendait de l'anneau inguinal jusqu'au testicule. Du tissu adipeux peu vasculaire formait cette tumeur. A son centre existait un canal étroit, conduisant dans l'abdomen à travers l'anneau inguinal. Il s'agissait donc d'un lipome herniaire entourant un sac déshabité. Notre confrère réséqua toute la masse graisseuse ainsi que le sac, et sutura les bords du collet avec des fils de catgut. Les éléments du cordon qui se trouvaient dissociés autour de la tumeur furent coupés, à l'exception du canal déférent, et M. Ferret se crut obligé d'enlever le testicule. L'opéré guérit sans accident.

Je ne laisserai pas passer ce fait sans dire que la castration doit être évitée dans des cas semblables. Si la castration est toujours indiquée, lorsqu'on a affaire à une ectopie du testicule compliquant une hernie étranglée, ou une adhérence du testicule à l'anse intestinale qu'on doit rentrer dans l'abdomen, il est inutile de sacrifier cet organe par la simple raison que les éléments du cordon sont étalés autour d'un sac qu'il faut réséquer. Il est toujours possible de conserver assez de vaisseaux testiculaires pour assurer la nutrition du testicule, et je ne pense pas que la pratique suivie par M. Ferret doive être imitée.

Obs. III. — *Deux cas d'opération de Le Fort.*

Le Dr Ferret a pratiqué deux fois l'opération de Le Fort pour un prolapsus complet de l'utérus. Il a échoué dans l'une de ces opérations, parce qu'il avait employé des fils de catgut, qui se sont résorbés avant que l'adhérence des deux parois vaginales opposées ait eu lieu. Instruit par cet échec, il employa des fils de soie dans la seconde opération : il obtint un plein succès.

Obs. IV. — *Sur un fait de pyométrie.*

Après un accouchement normal, une femme de 41 ans, vigoureuse et d'une bonne santé habituelle, eut un commencement de métro-péritonite, qui céda sous l'influence d'injections intra-utérines avec la solution de sublimé au 2/000e. Elle quitta l'hôpital dans un état de santé très satisfaisant et elle allaitait un enfant.

Au bout de trois mois, elle fut obligée de rentrer à l'hôpital, parce qu'elle éprouvait, depuis quelques semaines, des douleurs analogues à celles de l'accouchement. Les règles n'étaient pas revenues, ce qui n'avait rien que de naturel puisque l'allaitement avait été continué. L'état général était, d'ailleurs, très bon, et il n'y avait pas de fièvre.

M. Ferret trouva, à l'hypogastre, une tumeur arrondie, fluctuante, remontant jusqu'à l'ombilic. Le col avait les caractères habituels qu'il présente chez les multipares. Par le toucher vaginal et par le toucher rectal combinés avec le palper abdominal, on se rendait nettement compte que la tumeur avait pour siège le corps de l'utérus. La miction était normale, mais fréquente.

En pratiquant le cathétérisme utérin avec un hystéromètre, M. Ferret fut arrêté à 2 centimètres. Mais les jours suivants il fit pénétrer une sonde en étain, qui donna issue à 900 grammes environ d'un liquide grisâtre, épais et fétide. Il pratiqua immédiatement le lavage intra-utérin avec de l'eau phéniquée. L'écoulement persista pendant quelques jours, et la fétidité du liquide purulent fut combattue avec des injections d'une solution de permanganate de potasse.

Six semaines après le début du traitement, toute sécrétion morbide avait cessé, et bien que l'utérus eût conservé un certain degré d'hypertrophie, le cathétérisme démontrait que ses parois étaient complètement revenues sur elles-mêmes, et que toute dilatation morbide avait disparu.

Ce fait est un exemple de *pyométrie*, affection rare, qui a été observée dans des circonstances analogues à celles qui ont été notées par le Dr Ferret, c'est-à-dire après un accouchement nécessitant l'introduction d'instruments dans la cavité de l'utérus.

La guérison de la malade en question a été parfaite, puisqu'elle est redevenue enceinte à quelque temps de là et que sa grossesse a été normale.

Obs. V. — *Note sur un cas de fracture indirecte de la base du crâne et sur son mode de production.*

(Cette observation consiste surtout dans la description d'une pièce pathologique.)

D..., âgé de 26 ans, victime d'une tentative d'assassinat, dans la nuit du 27 au 30 mars 1884, est amené le lendemain soir à l'hôpital de Meaux. Ce blessé, qui est dans un état de stupeur considérable, présente à la région frontale une large plaie contuse avec enfoncement des os et issue de matière cérébrale. Il existe en même temps une paralysie faciale droite, et un écoulement par l'oreille, du même côté, de sérosité rougeâtre mélangée de substance cérébrale réduite en bouillie. La plaie est débarrassée des esquilles libres qui avaient été projetées dans le cerveau, lavée à l'eau phéniquée, et recouverte d'un pansement à l'iodoforme. On fait dans l'oreille droite des injections avec la solution boriquée, puis le conduit auditif externe est bouché avec un tampon de gaze iodoformée et recouvert d'un pansement antiseptique.

M. Ferret prescrit en même temps des applications de glace sur la tête, et le calomel à l'intérieur. Le blessé reste encore pendant quarante-huit heures dans l'état de stupeur où il était à son entrée; puis, le troisième jour, surviennent de l'agitation, de la céphalalgie, de la fièvre, indices du développement d'une méningo-encéphalite qui se terminait par la mort le 6 avril.

A l'autopsie, les os de la face sont séparés de ceux de la boîte cranienne, qui est ouverte par un trait de scie vertical. Il est alors facile d'examiner le cerveau, et on constate tout d'abord que la partie du lobe frontal gauche qui avait été le siège d'une contusion avec issue de pulpe cérébrale présente une perte de substance en voie de cicatrisation.

Mais les lésions cérébrales, de beaucoup les plus importantes, siègent au niveau du cervelet et de la partie inférieure du lobe sphénoïdal droit. Toute cette partie de l'encéphale est réduite en une bouillie infecte, qui fuse dans la gaine des gros vaisseaux du cou, à travers une ouverture irrégulière correspondant au sommet du rocher divisé en deux fragments complètement libres au milieu de ces détritus.

Le véritable intérêt de cette observation est dans l'examen de la fracture et dans l'étude de son mécanisme.

On trouve en avant un enfoncement des os qui occupe transversalement presque toute l'étendue de la région frontale, et qui va en augmentant de profondeur à mesure qu'on se rapproche de l'apophyse orbitaire externe gauche. Dans toute cette partie de la fracture, qui répond à la région sourcilière gauche, l'enfoncement était tel que les fragments, complètement détachés, avaient été projetés dans la substance cérébrale. La plupart de ces esquilles avaient été enlevées pendant la vie, et cette partie de la fracture est représentée sur la pièce par une large perte de substance qui comprend une partie de la région du sourcil et toute la voûte orbitaire. Du sommet de la voûte orbitaire gauche part une fissure qui se dirige obliquement à droite vers la base, détache la grande aile du sphénoïde, suit le rocher dans toute sa longueur, divise la cavité glénoïde et, verticalement, l'écaille du temporal et le pariétal. De cette fissure principale en partent d'autres : une qui divise transversalement le rocher, libérant ainsi les deux fragments formés par la fissure longitudinale; une autre qui contourne la moitié droite du trou occipital et vient se terminer à sa partie postérieure après avoir été le point de départ d'une fente verticale de la fosse occipitale.

En dehors de ces irradiations partant de la fracture principale, on trouve, dans la fosse occipitale gauche, une fissure verticale isolée, et, au niveau de la base du condyle occipital, du même côté, une deuxième fissure qui part du trou déchiré postérieur, et vient se terminer au trou occipital, en arrière du condyle.

Voici comment le Dr Ferret explique la production de ces fractures :

Au moment du traumatisme, le blessé était couché sur le côté gauche, la tête inclinée du même côté et reposant sur le bras replié. L'agresseur, placé à droite et un peu en arrière, l'a frappé au front avec une barre de fer. Dans ces conditions, la fracture comminutive avec enfoncement des os au point frappé se comprend facilement, de même que les irradiations vers la base du côté droit.

Le mécanisme des fractures isolées de la fosse occipitale et de la base du condyle à gauche semble, au premier abord, moins facile à comprendre. C'est là, en effet, un exemple non discutable de ce qu'on désignait autrefois sous le nom de *fracture par contre-coup*, c'est-à-dire siégeant dans le point diamétralement opposé au point frappé, et sans communication avec une fracture directe. Ces fractures, dont

l'existence fut mise en doute après avoir été trop facilement acceptée, trouvent aujourd'hui leur explication dans une connaissance plus complète des effets des traumatismes sur le crâne.

De récentes expériences ont en effet montré que dans les chocs sur le crâne, pendant que le point percuté se déprime, il se produit, à l'extrémité opposée de l'axe de percussion, un cône de soulèvement, qui, en général, ne dépasse pas les limites de l'élasticité des os; et on trouve à l'autopsie, à ce niveau, une contusion du cerveau, sans fracture. Dans le cas actuel, le traumatisme ayant été d'une violence considérable, il est permis de penser que la limite d'élasticité a été dépassée ; grâce à la grande étendue de la surface percutée, une série de cônes de soulèvement ont été produits dans la région diamétralement opposée, et les os ont cédé en certains points faibles. La force qui sollicitait la boîte osseuse à se porter en dehors n'a même pas été épuisée après la fracture, et il y a eu consécutivement disjonction des fragments. Ce mécanisme peut seul être invoqué pour expliquer les deux fractures isolées de la base du côté gauche. Mais il a dû aussi jouer un rôle important dans la production de la large fracture par irradiation de la partie droite; et, ce qui le prouve, c'est que toute la région correspondante du cerveau était fortement contusionnée, et que les fragments osseux qui avaient été isolés par l'entrecroisement des traits de la fracture semblaient avoir été violemment projetés au dehors, et ne se trouvaient plus sur le même plan que le reste de la surface interne de la boîte cranienne.

M. le Dr Ferret nous a déjà adressé plusieurs observations intéressantes. Il témoigne, par ses communications, de son désir de faire partie de la Société de Chirurgie à titre de membre correspondant. Je propose de l'inscrire dans un rang élevé sur notre liste de présentation, de lui voter des remerciements et de déposer ses observations dans nos archives.

Communication.

Indication de l'anus contre nature dans l'obstruction intestinale.

M. Verneuil fait une communication à propos des indications de l'anus artificiel dans l'étranglement interne.

Ce travail est basé sur trois observations personnelles.

Dans un premier cas, il y avait une obstruction intestinale manifeste, sans cause appréciable ou facile à déterminer.

La malade, âgée de 52 ans, bien portante, avait eu déjà quelques attaques d'obstruction intestinale plus ou moins sérieuses. C'était vingt ans avant l'accident actuel quo la première attaque

avait eu lieu. Toujours la guérison était survenue sans accidents. Au mois d'avril dernier, une nouvelle attaque plus violente, plus douloureuse, avec coliques très aiguës, menaça son existence. Par une palpation attentive, on reconnut une tuméfaction vague dans le flanc gauche; quand on pressait à ce niveau, on provoquait aussitôt des coliques violentes, qui cessaient après quelques minutes, pour se reproduire spontanément ou à l'occasion d'une pression ou d'un mouvement de la malade.

Des lavements répétés, des purgatifs légers, les douches gazeuses, l'application de l'électricité sur l'abdomen, n'amenèrent aucun soulagement.

Je fus mandé auprès de la malade six jours après le début des accidents.

En présence de l'insuccès des moyens employés avant mon arrivée, et aussi en tenant compte de l'absence de cachexie antérieure qui permettait de rejeter l'idée d'un cancer intestinal, je proposai l'entérostomie.

L'incision porta sur le côté gauche, en dehors du muscle droit de l'abdomen, là où la tuméfaction indiquée plus haut me semblait la plus nette. Après l'ouverture du péritoine, j'explorai avec le doigt pour chercher à reconnaître la cause de l'obstacle. N'ayant rien trouvé d'anormal, je fus sur le point d'agrandir l'ouverture et d'explorer largement l'abdomen. Cependant, en présence de l'incertitude des lésions et des dangers d'une large laparotomie, je me décidai à ouvrir simplement une anse intestinale qui se présentait dans la plaie.

L'ouverture de cette anse donna issue à une petite quantité de gaz et un peu de liquide. L'orifice fut soudé à la paroi de l'abdomen. Après cette intervention, la malade fut soulagée et s'endormit profondément.

Trente-six heures après, sans autre manœuvre, il y eut une débâcle considérable par l'anus naturel. La malade rendit ainsi des quantités de pépins de figues, dont elle avait mangé plusieurs livres pendant le carême. L'accumulation de ces pépins avait été la cause de l'obstruction.

Les selles se régularisèrent les jours suivants, et bientôt l'anus artificiel que j'avais créé se rétrécit, de sorte que la guérison spontanée tend à s'effectuer.

Déjà, il y a trois ans, j'avais observé un cas qui m'avait montré combien les manœuvres qui sont nécessaires pour rechercher l'obstacle siégeant dans le ventre sont graves.

Une jeune femme ayant présenté anciennement des symptômes de péritonite pelvienne, fut prise de symptômes aigus d'étranglement interne. Soupçonnant les brides péritonéales d'avoir été la

cause de l'étranglement, je fis la laparotomie; mais, malgré mes recherches, je ne pus trouver l'obstacle. Il me fallut me résigner à pratiquer une simple ouverture d'une anse d'intestin grêle et à la souder à la paroi abdominale (entérostomie). La malade fut soulagée malgré le peu de liquide et de gaz qui sortirent par l'ouverture, mais elle mourut quelques heures après, par le fait des manœuvres pratiquées dans le ventre; tel est au moins mon avis, car l'établissement d'un anus artificiel, par lui-même, est ordinairement très bénin.

Ce fait prouve qu'il n'est pas nécessaire que l'anus artificiel donne issue à beaucoup de gaz ou de liquide pour procurer un soulagement rapide.

Ma deuxième observation a pour sujet une femme de 45 ans, qui était atteinte d'obstruction, par le fait de la compression du rectum ou de l'S iliaque, par la présence d'un gros corps fibreux utérin. L'extirpation de la tumeur était impossible à cause de ses adhérences. Une sonde poussée dans le rectum ne pouvait passer derrière l'obstacle.

Je fis la laparotomie, et saisis l'S iliaque, sur lequel je pratiquai un anus contre nature. Dans ce cas, il est vrai, j'aurais pu pratiquer, comme quelques chirurgiens le conseillent, la cæcotomie. En effet, il y avait dans le côté droit une masse de matières stercorales, et il existait un peu d'inflammation à ce niveau. Je me décidai cependant pour l'ouverture de l'S iliaque, car il y a selon moi avantage à créer un anus qui doit être permanent, dans cette région, plutôt que du côté droit, car alors les matières séjournent dans un bout inférieur beaucoup trop long, qui ne peut être débarrassé complètement.

Aussitôt l'anus artificiel créé, les douleurs cessèrent, et cependant il ne sortit ni gaz, ni liquide.

Ce fut seulement trois jours après l'opération que la malade rendit, par son anus artificiel, des matières fécales dures, qui ne sortirent qu'avec beaucoup de difficultés.

Pendant les jours suivants, les matières sortirent abondamment et le cæcum se vida complètement, et fonctionna bien par la suite.

Chez ma troisième malade, l'occlusion intestinale était due à la présence d'une grosse tumeur maligne de l'S iliaque du côté gauche, qui comprimait l'intestin.

Je pratiquai aussi l'anus iliaque, malgré l'indication, dans ce cas, d'un anus lombaire. L'intestin fut facilement trouvé, ouvert après sa sortie de l'abdomen, et fixé à la paroi.

Les accidents d'obstruction cessèrent rapidement; la malade a été soulagée.

Telle est le mode d'intervention que je viens vous soumettre;

en pareil cas, je préfère faire d'emblée un anus contre nature, au lieu d'aller, par une large laparotomie, à la recherche d'un obstacle problématique.

La discussion sur la communication de M. Verneuil est renvoyée à la prochaine séance.

Communication.

M. Castex lit une observation sur: *les incidents d'une trachéotomie avec chloroforme* (M. Le Dentu, rapporteur).

Communication.

M. Doyen (de Reims) lit un travail sur : *des opérations d'ostéotomie* (M. Schwartz, rapporteur).

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,
Terrillon.

Séance du 4 mai 1887.

Présidence de M. Lannelongue.

La séance est ouverte à 3 heures 30 minutes.

M. le Président prononce l'allocution suivante :

ALLOCUTION SUR M. GOSSELIN,

ANCIEN PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, DÉCÉDÉ,

Par M. Lannelongue.

Messieurs,

La plupart d'entre vous ont accompagné hier le corps du professeur Gosselin au cimetière de Vitry. Une foule d'hommes éminents, de nombreux savants, mais surtout l'élite de la corporation des médecins et des chirurgiens a voulu donner à sa dépouille la dernière marque de respect, d'estime, de sympathie.

Gosselin possédait à un rare degré un ensemble de qualités qui font une impression sérieuse et durable. Simple et bienveillant par nature, d'un accès facile, plein de bonté, de sollicitude pour la jeunesse qui l'entourait, son contact avait pour elle le plus puissant attrait. Il inspirait toute confiance, sachant conseiller et encourager. Tout naturellement on allait à lui et on l'aimait parce que lui-même vous donnait une partie de son cœur.

Homme de devoir avant tout, Gosselin n'a jamais eu même la pensée de s'affranchir un instant du labeur scientifique et professionnel qui a été l'unique mobile de sa vie. Un grand bon sens, greffé sur une intelligence supérieure, était la qualité dominante de son esprit : il apparaissait partout et sans cesse. Allié, dans la chaire, à une parole vibrante, claire et toujours mesurée, à un savoir, non un simple effort de mémoire, mais le résultat d'un travail élaboré et longuement muri, cette chose rare, le bon sens, lui donnait une autorité vraiment magistrale, et son enseignement de pathologie et de clinique chirurgicales a été un des modèles du genre. Des générations successives ont pu recueillir ainsi un héritage solide, des plus utiles à la science et au bien de l'humanité.

Les travaux de Gosselin révèlent à la fois une observation pleine de finesse, la ténacité dans la recherche, la pénétration dans le sujet, la fécondité par le travail.

Il ne convenait pas à son esprit essentiellement droit, discret et réservé, d'entreprendre de vastes créations, d'aller à l'aventure dans l'hypothèse, si souvent le champ de l'inconnu. Au contraire, les questions courantes, les mieux connues en apparence, ne lui déplaisaient pas; et là, conduit par une observation sagace, par une sage critique et surtout par la pensée d'aboutir à la vérité, il a eu souvent la main heureuse : des découvertes inattendues, définitivement acquises désormais, ont été le fruit de patientes recherches. A quoi servirait-il de les rappeler, puisque leur place est faite depuis longtemps.

Chaque étude de Gosselin a été certainement un progrès, et quelques-uns de ses travaux rapportés à leur époque ont à certains égards préparé le mouvement de la chirurgie contemporaine. Si ce mouvement s'est produit trop près de nous pour que Gosselin ait pu le diriger, il l'a suivi en homme de conscience, avec les traditions du passé, comprenant peut-être mieux que personne, lui qui aimait son art avec passion, le bonheur qu'on éprouve à dominer les calamités et les revers de la chirurgie.

Gosselin était trop jeune pour participer à l'honneur de fonder la *Société de Chirurgie;* ce fut en effet en août 1843 que les Bérard, Guersant, Lenoir, Michon, Malgaigne, Nélaton, Huguier, Denonvilliers, Maisonneuve, Marjolin, Chassaignac, se groupèrent dans ce

but, appelant à eux les chirurgiens les plus éclairés de la province et de l'étranger. Gosselin venait seulement d'être reçu docteur, il fut nommé titulaire en 1845; il en devint le président pour l'année 1856 et ne reçut le titre d'honoraire qu'en 1863.

Durant près de vingt ans, il prit à divers titres la part la plus active à vos travaux. Dans les discussions parfois animées qui s'élèvent dans cette enceinte, comme dans ses rapports habituels avec ses collègues, Gosselin n'apporta jamais que cette égalité d'humeur bienveillante et courtoise qui était l'essence même de son caractère. Vos bulletins, vos mémoires renferment toute une série de ses productions les meilleures et les plus chirurgicales.

Gosselin a honoré grandement votre compagnie. L'Académie de médecine, l'Académie des sciences l'avaient élu et l'ont appelé comme vous à les présider; nul n'a été plus digne de recueillir de pareils hommages.

Dans la pratique de son art, Gosselin s'est toujours tenu dans les traditions anciennes, acquérant ainsi en estime et en honorabilité ce qu'il perdait peut-être d'une autre manière.

Gosselin a été un homme de bien, toujours pénétré de la pensée du devoir, c'est-à-dire du dévouement et du sacrifice.

En lui disparaît un des représentants les plus dignes de la chirurgie française, un de ces caractères les plus heureusement complets, réunissant dans sa personne, à côté des qualités de l'esprit et du cœur, l'amour professionnel porté au plus haut degré et une honorabilité absolue.

Suivant l'usage, je lève la séance en signe de deuil.

Le Secrétaire,
TERRILLON.

Séance du 11 mai 1887.

Présidence de M. LANNELONGUE.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Le discours prononcé par M. le Dr G. Pollock, à la séance annuelle de la Société royale, médicale et chirurgicale de Londres, dont il est le président;

3° *Etude sur les kystes hydatiques du rein au point de vue chirurgical*, par le Dr J. Bœckel, membre correspondant national;

4° Une lettre de M. le Dr Mabboux, complétant une observation déjà envoyée à la Société (renvoi à M. Chauvel, chargé du rapport);

5° Une lettre de M. Stocquart (de Bruxelles), réclamant la priorité du procédé de traitement de l'ongle incarné employé par M. Quénu, et s'appuyant sur des articles publiés dans le numéro de septembre 1885 du *Journal de médecine de Bruxelles*, et le *Deutsche medicinal Zeitung*, 1885, numéros 103 et 104 (renvoi à M. Reclus, qui voudra bien contrôler cette question de priorité);

6° *Note sur 85 cas de trachéotomies pratiquées à l'aide du thermocautère*, par le Dr J. Bœckel (de Strasbourg), membre correspondant national;

7° Un mémoire de M. le professeur Delore (de Lyon), membre correspondant, intitulé : *Occlusion intestinale au douzième jour* (renvoi au Comité de publication);

8° Une note de M. le professeur Paquet (de Lille), membre correspondant, avec deux observations : l'une d'*Hystérectomie vaginale pour cancer utérin;* l'autre de *Taille hypogastrique pour tumeur de la vessie, suivie de guérison* (renvoi au Comité de publication);

9° *Note sur une observation de néphrectomie pour néphrite suppurée; guérison*, par le Dr Poisson (de Nantes) (Commissaire : M. Terrier).

Suite de la discussion sur l'étranglement interne.

M. Verneuil. Je désire préciser les conclusions que m'a inspirées la première observation que j'ai publiée dans ma dernière communication.

Dans l'étranglement interne, on se trouve en présence de deux facteurs : une cause anatomique et des accidents.

Quand on peut diagnostiquer, avec quelque exactitude, la cause anatomique de l'étranglement, il faut pratiquer la laparotomie, rechercher avec soin cette cause et l'enlever, si cela est possible.

Lorsque, au contraire, cette cause vous échappe absolument, il faut songer surtout aux accidents et, pour les faire disparaître, faites d'emblée une entérotomie sur un point de l'intestin que vous choisirez suivant les circonstances.

Communication.

Laparo-entérotomie dans un cas d'obstruction intestinale. — De l'anus artificiel sur le cæcum,

Par A. Le Dentu.

La communication de M. Verneuil me fournit l'occasion de porter à votre connaissance un cas récent d'obstruction intestinale, dans lequel j'ai pratiqué une opération à laquelle convient assez bien la dénomination de *laparo-entérotomie*. C'est, en effet, une opération complexe commencée par une laparotomie exploratrice, terminée par l'établissement d'un anus artificiel dans la plaie de la laparotomie.

Dans les nombreuses discussions qui ont surgi entre nous sur le traitement de l'étranglement intestinal, nous sommes tombés à peu près d'accord sur les conclusions suivantes :

Quand on a des raisons suffisantes pour penser qu'on a à combattre un étranglement par bride, par compression, par volvulus, ou une invagination récente, c'est la laparotomie qu'il convient de faire. Quand la cause de l'étranglement siège dans la paroi de l'intestin lui-même, l'anus artificiel est la vraie ressource thérapeutique à mettre en pratique. Malheureusement les diagnostics difficiles étant fréquents, représentant même une proportion notable des cas d'étranglement interne, on est très exposé en exécutant l'une ou l'autre de ces opérations, à passer à côté de la véritable indication.

En attendant qu'on soit parvenu à tracer des règles plus précises pour le diagnostic de la cause, il faut se contenter des tâtonnements auxquels nous condamnent des difficultés parfois, souvent énormes.

Tout dernièrement, en présence d'un cas douteux, je me suis demandé s'il n'y avait pas lieu de combiner dans une même opération la laparotomie et l'opération de l'anus artificiel. Les détails qui vont suivre vous feront connaître les circonstances qui m'ont amené à cette tentative.

Celle-ci a eu lieu le 23 mars de cette année, il y a aujourd'hui sept semaines.

Je fus appelé à cette date auprès d'une dame présentant des symptômes d'obstruction intestinale. Ces symptômes s'étaient montrés trois semaines auparavant, mais avaient cédé au bout de quelques jours. Une débâcle avait eu lieu, mais, depuis dix jours environ, la constipation avait recommencé.

Ayant appris d'autre part que depuis le mois de décembre 1885 la malade avait éprouvé de la difficulté pour aller à la garde-robe et que les matières paraissaient assez souvent rubanées, j'étais très enclin à penser que la cause des accidents était un rétrécissement de l'intestin par dégénérescence de ses parois.

Mais cette dame avait eu également des accidents utérins et péri-utérins; elle avait pendant quelque temps reçu les soins du Dr Ménière (d'Angers). Elle n'avait que 44 ans; elle n'avait donc pas l'âge où les affections organiques sont fréquentes. Je devais donc faire mes réserves relativement à la possibilité d'une bride ou d'une adhérence normale capable de gêner le cours des matières.

Je pensai donc qu'il fallait faire d'abord l'exploration du ventre, et, dans le cas où je reconnaîtrais que l'obstacle siégeait dans les parois intestinales, utiliser l'incision de la laparotomie pour établir un anus artificiel.

Pour compléter le tableau symptomatique, j'ajouterai que le météorisme était excessif, que la respiration était fréquente et gênée, que les deux fosses iliaques étaient à peu près également douloureuses, que le pouls battait à 120 pulsations, que le facies, sans être positivement grippé, laissait à désirer et exprimait une dépression déjà notable du système nerveux. La malade ne vomissait plus, mais elle avait encore des nausées et parfois du hoquet.

Enfin, une sonde avait pu être introduite par le rectum jusqu'à une hauteur évaluée à 50 centimètres.

Je proposai l'opération pour le lendemain de ma première visite, et je me procurai tout ce qui était nécessaire pour une antisepsie aussi complète que possible.

Opération. — Incision de médiocre étendue sur la ligne blanche. Introduction de deux doigts vers la fosse iliaque gauche, où je ne sens rien tout d'abord. Des anses intestinales distendues bouchent la plaie, puis s'échappent. J'en ponctionne successivement quatre avec un petit trocart capillaire. L'échappement des gaz en détermine immédiatement l'affaissement, mais dans une faible étendue. Cela suffit pour me permettre d'engager trois doigts jusque vers la moitié supérieure de l'S iliaque. Là, je sens une nodosité dure que j'amène peu à peu jusqu'à la plaie de la ligne blanche, grâce à des tractions soutenues mais très modérées. Le tissu constituant cette nodosité était assez friable, car il se produisit une éraillure de quelque profondeur, sur laquelle je jetai deux sutures au catgut.

Je me demandai s'il y avait lieu de faire séance tenante l'entérectomie, ou de fixer les deux bouts de l'intestin à la paroi abdominale, après avoir réséqué la portion malade; mais je jugeai que

l'état général contre-indiquait une opération longue et délicate comme l'entérectomie avec suture immédiate, et je renonçai aussi à la résection pure et simple suivie de la fixation des deux bouts dans la plaie, parce que l'incision était trop loin de l'S iliaque et que le bout supérieur n'aurait pu être fixé à la plaie qu'au prix de tiraillements dangereux.

Je résolus donc d'établir un anus artificiel à la partie inférieure de l'incision de la ligne blanche. Je commençai par placer sur la partie supérieure plusieurs sutures profondes et je cherchai l'anse intestinale que je jugeai la plus voisine du cæcum, pour la fixer en travers à la ligne blanche. J'eus soin de m'abstenir de tout tiraillement, afin d'éviter la formation d'un éperon aux dépens de la paroi postérieure de l'intestin.

Après avoir placé dix sutures au crin de Florence, j'ouvris l'intestin et je m'assurai que mon doigt pénétrait facilement dans les deux bouts de l'intestin. Cet anus artificiel était donc dans de bonnes conditions pour fonctionner si la paralysie intestinale n'avait persisté; mais le météorisme persista, les matières ne s'écoulèrent au dehors qu'en très petite quantité, et la malade succomba à quatre heures du matin, dix-huit heures après l'opération.

Je passe maintenant à un point de la communication de M. Verneuil qui me touche personnellement; je veux parler de l'allusion qui a été faite à l'anus artificiel sur le cæcum. Dans l'obstruction intestinalo, c'est presque toujours le point de l'intestin que j'ai ouvert. Je me réserve de répondre à M. Verneuil dans une des prochaines séances.

Discussion.

M. Trélat. Je ne compte pas discuter sur la dernière partie de la communication de M. Verneuil; il me suffira de m'occuper de la première, qui est relative à la conduite à tenir dans l'étranglement interne de cause inconnue.

Dans ce cas, il existe trois circonstances différentes qui peuvent mettre le chirurgien dans l'embarras. Si la cause anatomique est facile à diagnostiquer ou à soupçonner, il faut avoir recours à la laparotomie.

Quand le diagnostic, basé sur les symptômes bien étudiés, fait présumer qu'on trouvera un obstacle qu'on ne pourra pas lever après la laparatomie, un cancer par exemple, il ne faut pas hésiter à pratiquer un anus contre nature. Cet anus sera pratiqué soit dans la région lombaire, soit dans la région iliaque, d'un côté ou de l'autre.

Mais si le diagnostic est indécis, si rien ne met sur la voie de l'obstacle probable ou de son siège, ainsi que M. Verneuil nous l'a

raconté dans sa première observation, que doit-on faire? C'est là où la réponse est difficile et où le choix du chirurgien est des plus précaires. Les règles absolues sont difficiles à poser.

Je vais vous citer un cas dans lequel, selon moi, il y avait indication formelle de faire l'anus contre nature d'emblée. Il s'agit d'un homme qui entra dans mon service à la Charité en 1886. Cet homme avait 60 ans, il avait tous les signes physiques et tous les symptômes d'un cancer de l'S iliaque, compliqué d'obstruction intestinale. Malgré le diagnostic, mon remplaçant fit une laparatomie, rencontra le cancer de l'S iliaque, et l'amena au dehors. Mais, convaincu de l'impossibilité d'enlever la partie d'intestin malade, à cause de son volume et de ses adhérences, il le replaça dans le ventre et se contenta de faire secondairement un anus artificiel. La mort survint après quelques heures et probablement par le fait des manœuvres étendues qu'avaient nécessitées la laparotomie et les recherches sur la partie malade.

Je prétends donc que, dans ces cas, le diagnostic est et peut être fait, surtout chez les individus qui ont dépassé cinquante ans. Nous savons en effet que chez ces personnes le cancer, et après lui l'invagination, sont deux causes d'obstruction fréquentes. Souvent, il est vrai, l'obstacle échappe à la palpation, alors le doute est permis.

Il existe aussi des cas dans lesquels l'anus artificiel devient inutile; tel est le cas cité par Hartmann, qui a trait à un homme de 32 ans, sujet à la diarrhée, qui sentit tout à coup une douleur vive dans le ventre, laquelle fut suivie de l'arrêt complet des gaz et des matières fécales.

Les chirurgiens appelés auprès de lui eurent des doutes sur l'origine de l'affection et ne pratiquèrent aucune opération.

Le malade mourut, et on trouva à l'autopsie une anse contournée sur elle-même en volvulus; les deux bouts étaient rétractés et aplatis.

Si on avait pratiqué l'anus contre nature, on n'aurait en rien soulagé le malade. La laparotomie seule aurait permis de trouver la nature de l'obstacle et de le détruire en détordant l'anse intestinale.

Pour les étranglements vrais, par brides ou diverticules, dans la péritonite suppurée simulant l'étranglement et l'obstruction, la laparotomie seule permet de lever l'obstacle et de laver le péritoine.

Mais ces faits sont difficiles à diagnostiquer. Combien de chirurgiens ont ouvert le ventre pour lever l'obstacle produisant un étranglement et ont trouvé, à leur grand étonnement, une péritonite suppurée de cause inconnue.

Il faut donc tenir compte de plusieurs facteurs : de l'âge du malade, de la gravité des phénomènes généraux, et surtout de l'algidité, de la douleur extrême et localisée, pour juger de l'opportunité de la laparotomie.

Permettez-moi maintenant de parler des cas embarrassants et ambigus.

Ceux-ci ne sont pas très nombreux ; car, en recherchant avec soin la marche des phénomènes, on peut se faire une idée assez exacte de leur cause, dans beaucoup de cas.

Cependant, lorsqu'on ne sait pas s'il y a étranglement ou simplement obstruction, que doit-on faire ?

J'arrive alors à la pratique proposée par M. Le Dentu, lequel propose de pratiquer la laparotomie pour la transformer au besoin en une opération tout autre : la formation de l'anus contre nature.

C'est là une pratique imitée de quelques chirurgiens allemands. Elle consiste à ouvrir le ventre, à attirer l'anse qui se présente, puis, après l'avoir ouverte, à favoriser l'issue des matières contenues, autant que possible. On facilite ainsi la recherche ultérieure de l'obstacle, et, si on ne peut le trouver, on établit définitivement l'anus artificiel par l'ouverture primitivement pratiquée.

C'est là une opération complexe, qui mérite d'être étudiée, mais qui ne séduit pas tout d'abord.

Je suis donc assez d'accord avec Verneuil, pour déclarer qu'il y a des cas qui imposent une opération spéciale, et que malheureusement, dans quelques autres, on doit chercher à combiner son intervention de façon à faire simultanément ou séparément la laparotomie et l'anus artificiel.

M. Reclus. La question du diagnostic ici, prime l'indication de l'intervention chirurgicale. Aussi doit-on tout faire pour arriver à le préciser autant que possible. Je crois que certaines méthodes ou explorations peuvent être très utiles pour atteindre ce but.

Dernièrement, je fus appelé à voir une dame âgée, chez laquelle on avait soupçon d'une obstruction par cancer intestinal. Mais aucun signe fourni par la palpation ne pouvait indiquer le point où existait ce cancer. La probabilité d'une affection cancéreuse était cependant grande, puisque, à son âge, les cas d'obstruction intestinale par cancer sont dans la proportion de 75 0/0 par rapport aux autres causes.

Je pratiquai l'exploration par la méthode de Simon, en introduisant la main entière dans le rectum. Il me fut facile de constater un obstacle cancéreux sur la partie inférieure de l'S iliaque.

Je rappellerai, à ce propos, que pour faire cette exploration

facilement, il faut aller lentement, déplisser avec soin la muqueuse qui coiffe l'extrémité des doigts et finirait par les arrêter.

Chez ma malade, j'ai pratiqué un anus iliaque, et les accidents cessèrent. Il y a de cela un an, elle va aussi bien que possible.

Chez les vieillards, il faut, comme l'a dit M. Trélat, penser à l'invagination ; mais il faut surtout penser à la paralysie de l'intestin, indiquée par M. Thibierge (dans sa thèse), et déjà signalée par Henrot.

J'ai observé un homme de 71 ans, jouissant d'une bonne santé habituelle, mais hémorrhoïdaire et se plaignant d'une constipation opiniâtre, chronique. Déjà il avait eu plusieurs crises d'étranglement, heureusement suivies de débâcles. Cette fois il avait une crise plus violente, datant de sept jours, et avec vomissements continus.

L'S iliaque était très distendue.

Je pensai, à cause de son âge, à un cancer de l'S iliaque, vers sa partie inférieure.

Un anus iliaque fut pratiqué. Il n'y eut aucune issue de gaz ni de liquide, par cet orifice.

Cependant, les accidents cessèrent, les epreintes disparurent, et je donnai de l'opium à haute dose pour calmer le malade.

La débâcle n'eut lieu qu'au bout de sept jours.

Actuellement, il est complètement guéri; donc on doit éloigner l'idée de cancer et admettre qu'il y avait là une paralysie intestinale.

Cet accident, d'après Thibierge, se rencontre souvent chez les vieillards atteints de constipation rebelle et chronique.

Mon observation montre, comme celle de M. Verneuil, qu'il n'est pas nécessaire que la sortie des matières se fasse par l'orifice nouveau pour amener le soulagement du malade.

Je terminerai en rappelant un cas curieux que j'ai observé dernièrement.

Chez un homme ayant un cancer de l'intestin, je fis une ouverture de l'abdomen ; j'attirai au dehors l'intestin que je laissai dehors pendant huit jours, avant de l'ouvrir.

Cette issue au dehors de l'abdomen suffit pour calmer le malade et faire cesser les accidents.

La discussion est renvoyée à la prochaine séance.

Communication.

Note sur quatre cas de thyroïdectomie, par le professeur A. Reverdin (de Genève), membre correspondant étranger, résumée par M. Chauvel.

Les observations détaillées de M. le Dr A. Reverdin, ne pouvant être insérées *in extenso* dans nos *Bulletins*, je les ai résumées dans leurs traits principaux :

Observation I. — Femme, 21 ans, mariée, pas d'hérédité. Goitre médian, kystique, de la grosseur d'un œuf. Bien que peu partisan de la ponction, notre eollègue la pratique et retire 20 grammes de liquide roussâtre, filant. La reproduetion est rapide, et l'angoisse en même temps que l'aeeroissement progressif de la tumeur déeident à tenter l'extirpation. Enlèvement de la grosseur, ligature des pédieules, drainage, guérison en huit jours.

Obs. II. — Homme, 53 ans. Goitre parenehymateux aneien, à développement progressif; pilules d'iodoforme sans suceès; oppression, cornage. Extirpation après ligature des artères thyroïdiennes inférieure et supérieure du eôté droit; l'opération a duré une heure dix minutes. Drain, suture, pansement iodoformé. Le malade rentre chez lui le troisième jour, et la guérison est eomplète le dixième. Le larynx, dévié à gauehe depuis longtemps, ne revient pas rapidement à sa place; il reste un peu déplaeé vers la gauehe.

Obs. III. — Homme, 22 ans. Goitre datant de quatre ans, à marche progressive, gênant la respiration. La tumeur, grosse eomme une pomme, kystique, assez mobile, siège à droite. Traitement iodoformé sans sueeès. Extirpation après ligature des thyroïdiennes, en respectant le lobe gauche du thyroïde et une partie de l'isthme. Pansement iodoformé habituel. Guérison rapide, malgré formation d'un petit abeès à l'angle inférieur de la eieatrice.

Obs. IV. — Homme, 47 ans, pas d'hérédité. Goitre aneien, volumineux, formé de plusieurs masses, dont la prineipale oeeupe le devant du cou et déborde vers la droite. La traehée, le larynx, la earotide gauche sont fortement refoulés vers la gauehe. Au-dessous et en arrière, une seeonde tumeur remplit la fosse sus-elavieulaire droite. De grosses veines font saillies sous la peau, des artères battent sous le doigt, un souffle violent et vibrant témoigne du développement des vaisseaux artériels. Cornage léger au repos, s'aeeentue dans le travail; toux, expeetoration muqueuse.

Opération le 21 *novembre* 1886.—Nareose facile et parfaite. L'ineision première ayant intéressé le tissu morbide, il se fait une hémorrhagie

nécessitant la compression avec une éponge, les pinces à forcipressure glissent en déchirant les tissus. En raison de leur minceur, les vaisseaux se rompaient sous la plus légère traction. Le sang s'infiltrait dans les tissus et ne permettait pas toujours de reconnaître et de suivre la tumeur. On enlève en haut et à droite, sous le maxillaire, un lobe accessoire ; mais les difficultés s'accumulent, et quatre-vingt-dix pinces hémostatiques sont à plusieurs reprises insuffisantes. La thyroïdienne supérieure a le volume d'une humérale; l'inférieure s'en rapproche. Enfin, pour terminer, il faut saisir avec la pince de Lucas-Championnière pour pédiculiser les tumeurs abdominales, la base de l'implantation du goitre en avant de la trachée et détacher la grosseur. La plaie est énorme, deux incisions transversales ayant dû être pratiquées ; cinquante ligatures sont placées; drainage, sutures. L'opération a duré deux heures et demie, et cependant les masses sus-claviculaires, probablement formées par des ganglions hypertrophiés, n'ont pas été enlevées. Les suites de l'intervention furent très simples et la cicatrisation complète; au bout d'un mois l'opéré avait déjà repris ses travaux. L'examen pratiqué par le Dr Alb. Mayor montre, dans les loges de la tumeur, l'existence d'amas de cellules épithélioïdes, et fait craindre qu'il ne s'agisse d'une forme de cancer susceptible de généralisation.

Notre confrère remarque qu'il est heureusement rare de rencontrer des cas aussi difficiles à opérer ; il espère que son exemple sera pour les chirurgiens, en raison du succès constant, malgré la variété des cas, un encouragement à intervenir contre le goitre, devenu cause de gêne ou de danger. La durée du séjour au lit est extrêmement courte, la tranquillité absolue est moins nécessaire qu'on ne l'a cru, et la cuirasse de tarlatane apprêtée est avantageusement remplacée par des bandes de flanelle modérément serrées. Pour le lavage de la plaie, la solution de sublimé à 1/1000 est moins irritante que l'eau phéniquée; elle doit lui être substituée. Enfin, le pansement doit être hermétiquement clos de toutes parts, et, pour cela, il doit prendre la tête.

Le Dr Reverdin insiste en terminant sur l'intérêt de n'enlever que la tumeur proprement dite, en conservant autant de tissu thyroïdien qu'on le peut, afin d'éviter le myxœdème consécutif. Il ajoute, ce qui nous paraît incontestable, que, malgré les règles établies et tous les progrès de sa technique, la thyroïdectomie restera toujours une intervention originale et pleine d'imprévu.

Communication.

Suture secondaire du nerf radial suivie de restauration fonctionnelle,

Par M. Ehrmann (de Mulhouse), membre correspondant.

Observation. — *Section du nerf radial au bras ; paralysie des extenseurs ; suture du nerf sept mois après l'accident ; persistance de la paralysie. Sept mois plus tard, mise à nu du nerf dont la continuité est trouvée rétablie, et excision d'un tissu inodulaire qui le comprimait ; retour rapide de la motilité.*

Émile Petermann, 20 ans, de taille et de complexion moyennes, un peu anémique, reçut le 22 octobre 1885, au côté externe du bras gauche, un coup de couteau qui atteignit le nerf radial. La discision du nerf n'avait toutefois pas dû être de prime abord complète, car le sujet put, les jours qui suivirent et tout en se plaignant de faiblesse dans la main, continuer son travail de vigneron ; ce ne fut qu'à la fin de la troisième semaine, alors que déjà la plaie extérieure était guérie, qu'à la suite d'un effort se produisit une douleur subite au niveau de la cicatrice, suivie immédiatement de la paralysie complète des muscles extenseurs de la main et des doigts : il y aurait donc eu, à ce moment-là, rupture du nerf au niveau du point qu'avait précédemment entamé l'instrument vulnérant.

Lorsque je vis le malade, sept mois après l'accident, l'état était le suivant. A 11 centimètres au-dessus de l'épicondyle, au-devant du triceps, siège à la peau une cicatrice d'environ 2 centimètres, transversale, blanche, peu douloureuse, se continuant vers la profondeur avec un noyau dur, adhérent. Les muscles du bras sont normaux. L'avant-bras, amaigri, présente une diminution de circonférence de 3 centimètres, comparativement au côté droit. La main est en pronation et en flexion complètes ; les mouvements de supination, ceux d'extension de la main et des doigts, et l'abduction du pouce sont abolis ; l'examen faradique ne réveille aucune réaction électro-musculaire dans les muscles correspondants. La peau de la région dorso-radiale de la main est froide, avec tendance à la cyanose. La sensibilité, tant à la douleur qu'à la température et au contact, n'y est toutefois pas entièrement abolie ; elle n'est également qu'émoussée à la surface externe de l'avant-bras.

Opération le 20 *mai* 1886, à l'hôpital de Mulhouse, avec l'assistance de notre collègue, M. le Dr Frey. Chloroformisation. Bande d'Esmarch. Précautions antiseptiques. Incision de 9 centimètres, qui met à nu le nerf radial à son émergence de la gouttière de torsion de l'humérus. Le bout central est aisé à découvrir ; son renflement terminal plonge dans un noyau cicatriciel dur, du volume d'une noisette, adhérent à l'aponévrose intermusculaire, et qui a notablement modifié la direction

du bout périphérique; ce n'est, en effet, qu'après une minutieuse dissection et en recherchant finalement le tronc du nerf à 6 ou 7 centimètres plus bas, au-devant du muscle brachial antérieur, pour le suivre ensuite de bas en haut, qu'on arrive à dégager son extrémité effilée qui se perd dans la masse inodulaire, à près de 2 centimètres de niveau au-dessus et en dehors du bout central; cette partie effilée mesure 2 centimètres; plus bas, le nerf ne paraît pas atrophié. Après excision aussi complète que possible du tissu cicatriciel et avivement des extrémités à réunir, les deux bouts du nerf se trouvent séparés par un espace de 5 centimètres, si bien que, pour les mettre en contact, il fallut, après les avoir isolés sur une longueur suffisante, les étirer assez fortement en les saisissant entre le pouce et l'index de chaque main. Deux sutures de catgut fin maintiennent les surfaces en rapport.

Ligature de deux artérioles après l'enlèvement de la bande d'Esmarch. Désinfection de la plaie. Drainage. Suture métallique. Pansement iodoformé. Immobilisation dans une gouttière qui maintient l'avant-bras fléchi sur le bras.

Au premier pansement, le 3e jour, la plaie est un peu tuméfiée, sans douleur notable; ablation du drain et de trois des sutures.

Deuxième pansement le 5e jour; l'enflure n'a pas diminué; il s'y est joint un peu de rougeur inflammatoire. Ablation des sutures restantes. Le malade n'a ressenti jusqu'ici ni élancements dans la main, ni fourmillements dans les doigts.

Les jours suivants, la réaction locale resta modérée ; la température n'atteignit qu'une fois 38°; mais, malgré les précautions dont je pensais m'être entouré, la réunion par première intention ne se fit que dans une partie limitée de la plaie ; d'autres points suppurèrent et la cicatrisation ne s'acheva qu'avec la quatrième semaine.

Le malade quitta l'hôpital le 25 juin. A partir de ce moment, des séances d'électrisation furent entreprises par notre confrère, M. le Dr Müller, et continuées tous les deux jours pendant dix semaines, mais sans amener la moindre modification dans la paralysie, si bien que le sujet, découragé, avait fini par les interrompre.

Je l'avais même perdu de vue, et je m'étais résigné à un échec, quand, le 13 décembre suivant, je reçus de notre collègue de la Société de chirurgie, M. le professeur Socin (de Bâle), une lettre m'informant que mon opéré, toujours paralysé des extenseurs, s'était présenté à son service de clinique chirurgicale; que, pensant avoir à pratiquer sur lui une suture nerveuse, il avait découvert le nerf radial en incisant la cicatrice de mon opération, mais qu'il avait trouvé la continuité du tronc nerveux parfaite ; que seulement ce dernier présentait un renflement fusiforme, au-dessous duquel son calibre, notablement rétréci, était comme étranglé dans une gangue inodulaire de formation manifestement nouvelle ; qu'ayant dégagé le nerf à ce niveau et l'ayant isolé sur une plaque de verre, il l'avait soumis, au-dessus du renflement, à l'action d'un courant d'induction faible, lequel, séance tenante, avait déterminé la contraction des muscles extenseurs. L'opérateur, dans ces conditions, s'était borné à fermer la plaie, après l'avoir

débarrassée de son tissu cicatriciel. Il désirait savoir de moi, si bien réellement j'avais pratiqué au malade, ainsi que ce dernier le lui avait raconté, la suture du nerf radial.

Quatre semaines plus tard, le patient, réconcilié avec son premier chirurgien, entrait dans mon cabinet, redressant la main et étendant les doigts spontanément.

Je transcris ci-après les détails complémentaires que je dois à l'obligeance de M. Socin.

A l'arrivée du malade à l'hôpital de Bâle, la circonférence de l'avant-bras gauche — mesure prise à 7 centimètres au-dessous du coude — était inférieure de quatre centimètres à celle de l'avant-bras droit; elle s'était donc réduite d'un centimètre encore depuis mon opération. La main était fléchie à angle droit; les mouvements actifs, de même que l'excitabilité électrique des muscles innervés à l'avant-bras par le nerf radial, étaient totalement abolis, sauf une légère réaction électromusculaire du muscle long supinateur (laquelle n'avait point existé à l'époque de mes explorations). La sensibilité de la main et de l'avant-bras sur le territoire radial n'était pas altérée d'une manière appréciable. Couleur et calorification de la peau normales.

La cicatrice opératoire, longue de 9 centimètres, large de 5 à 7 millimètres, rouge, adhérente aux tissus sous-jacents, peu douloureuse d'ailleurs, tranchait par sa couleur et par sa consistance avec la cicatrice traumatique, transversale, blanche, moins adhérente. A l'entre-croisement des deux cicatrices existait un petit noyau sous-cutané, gros comme un pois, très sensible à la pression. L'incision pratiquée, on vit que le tissu inodulaire qui emprisonnait le nerf dans une partie de son trajet (2 à 3 centimètres) occupait d'autre part toute la longueur de la cicatrice longitudinale.

La faradisation du nerf, après sa libération, détermina d'emblée une contraction très énergique du muscle long supinateur, une contraction moins forte des radiaux externes, une contraction faible, mais cependant bien nette, dans l'extenseur commun; rien dans le cubital postérieur, ni dans les autres extenseurs. L'expérience fut répétée à plusieurs reprises, devant de nombreux témoins.

La plaie suturée se cicatrisa en quatre jours. L'électrisation, reprise après ce délai, ne produisit d'abord que des contractions du muscle long supinateur; deux jours plus tard, une légère réaction dans l'extenseur commun. Le septième jour, le malade put tout à coup relever spontanément le poignet; jusque-là les mouvements actifs étaient restés nuls. A partir de ce moment, ils se développèrent progressivement.

Depuis sa rentrée à Mulhouse, 13 janvier, j'ai fait soumettre le sujet à des séances régulières d'électrisation par des courants continus, alternant tous les deux jours avec un massage suivi de douche, au dispensaire Engel-Dollfus, où l'installation est parfaite pour ces sortes de traitement. Des exercices musculaires suivis lui ont été en même temps recommandés.

Voici quel est aujourd'hui l'état du membre, onze mois après la suture du nerf radial, quatre mois et demi après l'opération complémen-

taire exécutée par M. Socin. L'atrophie des muscles externes et postérieurs de l'avant-bras a notablement diminué ; il n'y a plus qu'un centimètre et demi de différence circonférentielle entre les deux côtés; mais ces muscles restent sensiblement plus mous à gauche, qu'à droite. Bien qu'on les voie durcir sous le doigt, au moment des contractions volontaires, leur excitabilité aux courants d'induction est beaucoup plus faible que du côté sain ; l'effet est le même, soit qu'on applique les pôles directement sur les muscles, ou qu'on agisse par l'intermédiaire du nerf. Le malade n'a nullement gagné sous ce rapport, en proportion des importants progrès qui se sont opérés dans les mouvements actifs.

La supination et la pronation de l'avant-bras et de la main s'exécutent d'une manière parfaite. L'extension de la main s'effectue aussi complètement que du côté opposé, quoique plus lentement ; celle des quatre derniers doigts se réalise de la même façon, c'est-à-dire qu'elle exige un certain effort; mais l'extension du pouce est à peine marquée, et son abduction fait défaut.

Je n'ai pas constaté que la flexion de la main soit plus gênée, quand les doigts sont fléchis, que lorsque ces derniers se trouvent dans l'extension. Ce signe, qui a été relevé par M. le professeur Trélat[1], accuse, quand il existe, un certain degré de raideur, de raccourcissement des muscles extenseurs, qui a sa source dans la durée de la paralysie. Son absence ici serait d'un pronostic favorable.

La sensibilité paraît normale, à la main comme à l'avant-bras; même l'exploration aux deux pointes, quel que soit leur écartement, ne fait ressortir aucune différence, pour le dos de la main, entre la sensibilité de la sphère radiale et celle de la sphère cubitale. Du moins, cela a-t-il été mon impression. Ce genre de constatation m'a paru, je dois le dire, moins simple qu'on ne le pourrait croire au premier abord, et exiger de la part du sujet un degré d'intelligence qu'on ne rencontre pas chez tous.

J'ajouterai que depuis un mois l'opéré a pu reprendre du travail, comme manœuvre, dans un établissement industriel de notre ville.

A en juger par le résultat acquis à ce jour, on est bien en droit d'espérer qu'avec le temps, le retour du mouvement d'abduction du pouce réalisera la guérison complète [2].

Les recherches auxquelles cette observation a donné lieu et les considérations qui s'y rattachent sont consignées dans un mémoire trop étendu pour qu'il ait pu être inséré dans les *Bulletins*. On le trouvera publié dans le numéro de juillet 1887 de la *Revue de Chirurgie*. En voici les conclusions.

[1] Société de chirurgie, séance du 13 décembre 1882 (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1882, t. VIII, p. 834).

[2] Le sujet a été présenté à la Société médicale du Haut-Rhin dans sa séance du 5 juin 1887. Notre dernier examen remontait à six semaines. Dans l'intervalle, les mouvements d'extension et d'abduction du pouce ont fait leur apparition d'une façon très nette. Il a été constaté également que les contractions des autres extenseurs avaient gagné en force et en précision. La guérison peut dès aujourd'hui être considérée comme entièrement acquise.

Conclusions.

I. — L'observation qui sert de base à ce travail, s'ajoute aux faits déjà publiés qui démontrent l'utilité de la suture nerveuse. C'est une opération qui doit être tentée toujours, dans les plaies récentes comme dans les sections anciennes. Si la réunion nerveuse immédiate échoue, l'affrontement des bouts favorisera la régénération par bourgeonnement, ainsi que l'a fait ressortir M. Tillaux[1].

Les expériences de M. Assaky[2] sur la suture à distance, celles de Tillmanns[3] relatives à la régénération par l'intermédiaire de lambeaux pédiculés empruntés aux extrémités du nerf — procédé que ce chirurgien a appliqué avec succès chez l'homme — prouvent d'ailleurs qu'il suffit d'un simple conducteur convenablement disposé, pour que la continuité des tubes nerveux arrive à se reconstituer[4].

II. — Des causes, sans doute multiples, en partie encore obscu-

[1] Deuxième congrès français de chirurgie (*Revue de chirurgie*, 1886, n° 11, p. 914).

[2] Assaky, De la suture des nerfs à distance (*Thèse de Paris*, 1886).

[3] Tillmanns, Ueber die Operative Behandlung der Nervendefecten (*Archiv. für Klinische Chir.*, 1885, t. XXXII, s. 923-946).

[4] Il n'est pas possible, pour notre observation, d'assigner une date précise au début du travail de régénération qui a été le résultat de la suture; il est assez probable qu'il a dû précéder la formation du tissu inodulaire, et que ce processus sera venu l'arrêter dans son évolution. Mais on ne peut arguer du cas, comme d'un exemple de réunion nerveuse immédiate. Il n'y avait eu, dans les premiers jours qui suivirent l'opération, aucun indice de retour précoce de la circulation nerveuse, comme on le voit noté dans les observations de M. Tillaux et dans celle, toute récente, de M. Polaillon. Ce dont plutôt on ne peut s'empêcher d'être frappé ici, c'est de l'ordre dans lequel se sont manifestés les effets de la régénération. Nous voyons, au moment de la première transmission du courant électrique sur le nerf mis à nu, que c'est le muscle long supinateur, celui de tout le groupe dont le point d'origine est le plus élevé, qui réagit le plus énergiquement; l'excitabilité est notablement moindre pour les radiaux externes et pour l'extenseur commun; elle est, à ce moment, nulle encore pour le cubital postérieur et pour les autres extenseurs; ce n'est que plus tard que la contractilité s'y réveille progressivement. Aujourd'hui encore, quatre mois et demi après la libération du nerf, les muscles extenseurs et abducteur du pouce, c'est-à-dire ceux dont les insertions sont les plus éloignées de la cicatrice nerveuse, restent inactifs, tandis que tous les autres paraissent répondre à l'incitation volontaire; pourtant l'invasion de la paralysie avait bien affecté simultanément tous ces muscles à la fois. Les muscles les plus rapprochés du point suturé ont donc été les premiers à récupérer leur innervation. Ce serait bien de haut en bas, conformément à la doctrine de M. Ranvier, que se serait effectuée, dans ce cas, la régénération, graduellement, progressivement, par le bourgeonnement centrifuge du moignon central mis par la suture en rapport avec le bout périphérique

res, mais qu'il est rationnel de rattacher, pour une part importante, aux circonstances opératoires, empêchent, dans un certain nombre de cas, la restauration fonctionnelle.

Le présent travail démontre que la compression du nerf, par un exsudat inodulaire parti de la plaie, peut faire croire à un échec de l'opération, tandis que déjà la régénération se trouve effectuée. Dans ces conditions, l'excision du tissu pathologique détermine, ou accélère considérablement, le retour de l'innervation.

La connaissance de ce fait devra porter le chirurgien à redoubler encore de soins, dans l'application des agents destinés à éviter la suppuration de la plaie, après la suture d'un nerf.

III. — L'hypothèse que ce processus a pu compliquer plus d'un cas où on ne l'avait pas soupçonné, n'a rien que de plausible.

On peut admettre aussi que pour certaines des opérations, où les premiers signes de restauration fonctionnelle ont mis à apparaître un temps très prolongé, l'on avait eu affaire à des exsudats cicatriciels profonds, qui à la longue se sont partiellement résorbés.

L'analyse des observations publiées ne fait découvrir, en effet, aucun rapport entre l'ancienneté de la plaie nerveuse et la durée qu'ont mis à se dissiper, après l'opération de suture, les symptômes paralytiques, — ce qui devrait être le cas si les retards fréquemment constatés dépendaient uniquement du degré d'atrophie des muscles et des délais nécessaires à leur réparation.

IV. — Dans les cas où elle a été rencontrée, la complication dont il s'agit n'avait point été diagnostiquée. Il importe d'en avoir toujours présente à l'esprit la possibilité.

Pour ma part, si après une suture nerveuse la guérison tardait trop à se produire, plus de quatre à cinq mois par exemple, je n'hésiterais pas désormais — pour peu qu'existât la moindre présomption favorable — à inciser la cicatrice, pour m'assurer de l'état du nerf, vérifier sa conductibilité électrique et le débarrasser, le cas échéant, de toute cause de compression.

Communication.

M. Bailly (de Chantilly, Oise), lit un travail intitulé : *De l'anesthésie locale et de la cautérisation ignée; emploi du chlorure de méthyle.* (M. de Saint-Germain, rapporteur).

Communication.

M. Reynier lit un travail qui est relatif à un malade sur lequel il a pratiqué une résection du péroné, à la suite d'une consolidation vicieuse de cet os (M. Schwartz, rapporteur).

M. Panas offre à la Société un médaillon de Daviel et s'exprime en ces termes :

Dans la pléiade d'hommes éminents qui illustrèrent la science ophtalmologique française, Jacques Daviel, par sa grande découverte de l'opération de la cataracte, tient incontestablement le premier rang.

Après avoir débuté comme aide-major dans la marine de l'État, Daviel devint professeur d'anatomie à l'école de médecine de Marseille où il professa cette branche de la science pendant vingt-cinq ans. Ainsi préparé par de fortes études personnelles, il aborda l'ophtalmologie, qu'il exerça à Paris avec un éclat incomparable. Comme créateur de sa méthode, sa renommée s'est répandue dans le monde entier.

L'Académie royale de chirurgie reçut, en 1752, la communication de Daviel, par la bouche de Morand, qui proclamait que sur un chiffre de 206 opérations, Daviel avait obtenu 182 succès.

Une affection grave des centres nerveux qui lui enleva la parole, sans toucher à l'intelligence, obligea Daviel à se rendre à Genève pour demander les conseils de Tronchin.

C'est là où il mourut, sans qu'on sût, jusqu'il y a à peine deux ans, le lieu de sa sépulture.

Nos confrères suisses, et en particulier M. le Dr Haltenhoff, de Genève, la découvrirent, et ils firent plus, en lui élevant un monument commémoratif dans le cimetière de Grand-Sacconnex.

Un pareil événement était fait pour émouvoir la fibre patriotique de la Normandie, pays natal de Daviel, et sous l'impulsion de la Société libre de l'Eure, il s'est formé un comité pour toute la France et même pour l'étranger, dont vous trouverez la composition dans la circulaire qui vous est adressée, en même temps que la brochure qui vous fera connaître en détail la vie de Daviel.

En souvenir de la participation que vous voudrez prendre pour honorer une de nos plus grandes gloires chirurgicales, permettez-moi, Messieurs et chers collègues, de vous offrir, au nom du comité, le médaillon en bronze de Daviel, calqué sur celui qui orne sa sépulture en Suisse.

L'humanité entière proclame les services rendus par Daviel ; il

appartiendra à vous de prouver que la chirurgie française ne saurait être ingrate envers l'un de ses grands maîtres qui a fait son renom dans le monde entier.

Des remerciements sont adressés à M. Panas.

Présentation de malade.

Suture secondaire du médian. — Retour immédiat de la sensibilité.

Par M. Polaillon.

Dans la séance du 16 mars dernier, je vous ai présenté cette jeune fille, pour vous faire constater qu'elle avait perdu la sensibilité de la paume et des doigts de la main droite à la suite d'une plaie qui aurait coupé, une année et demie auparavant, le nerf médian et le nerf cubital au-dessus du poignet. Depuis cette séance, j'ai pratiqué la suture secondaire du nerf médian, et, cinq heures après l'opération, la sensibilité était revenue dans les parties paralysées.

On peut constater, en effet, que, dans cette jeune fille, la sensibilité au contact et à la douleur existe non seulement dans la sphère du médian mais aussi dans celle du cubital. Les muscles de l'éminence thénar restent atrophiés.

En raison de l'importance de ce fait, je communiquerai l'observation dans la prochaine séance, ainsi que les réflexions qu'il suggère.

Élection d'un membre honoraire.

M. Ollier est nommé membre honoraire.

Élection d'un membre titulaire.

M. Quenu est nommé titulaire.

Le Secrétaire,

Terrillon.

Séance du 18 mai 1887.

Présidence de M. Lannelongue.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Les *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, 61e année, 1886 ;

3° *Mémoires de la Société de médecine de Strasbourg*, t. XXIII, année 1886 ;

4° Des lettres de remerciement, par M. Quenu, nommé membre titulaire; par M. le professeur Ollier (de Lyon), nommé membre honoraire dans la dernière séance ;

5° M. Pozzi, chargé d'une mission scientifique en Allemagne, demande un congé d'un mois (commission des congés) ;

6° *Fibro myome de la matrice, goitre suffocant; thyroïdectomie; guérison*, par le Dr L. Lenger, chirurgien de l'hôpital de Liège;

Observations.

Occlusion intestinale, par M. Delore (de Lyon), membre correspondant.

Observation d'anus artificiel pratiqué sur l'intestin grêle hernié, au 12e jour d'une occlusion de l'intestin. Cette observation étant publiée dans la *France médicale* du 17 mai 1887, il n'y a pas lieu de la reproduire dans nos Bulletins.

Cancer utérin. — Hystérectomie vaginale. — Guérison, par M. Paquet (de Lille), membre correspondant.

Femme de 46 ans, métrorrhagies depuis un an, écoulement sanieux, bon état général. Fongus énorme du col utérin, sans propaga-

tion aux parties voisines. Ablation de l'utérus le 12 mars 1887; hémostase avec les pinces compressives longues; l'opération ne présente rien de particulier. Iodoforme. Aucun accident; la malade sort au 27e jour, bien guérie, sans apparence de récidive. Notre confrère espère un succès plus durable que dans la première opération; la malade n'ayant survécu que quatre mois à l'hystérectomie par la récidive du cancer.

Tumeur de la vessie. — Taille hypogastrique. — Ablation de la tumeur. — Guérison, par M. Paquet (de Lille), membre correspondant.

Homme de 62 ans; arthritique; hématuries abondantes et presque continuelles depuis janvier 1887; état général satisfaisant, pas de douleur. L'exploration montre une tumeur particulière, limitée, au bas-fond de la vessie, à gauche. Taille sus-pubienne le 2 avril 1887, procédé ordinaire. La tumeur saisie avec une pince à forcipressure très courbe et serrée sur sa base, est enlevée par deux tours de rotation. Perte de substance à fond sain, rien d'anormal au pourtour. Pansement ordinaire; tubes; suture partielle; aucun accident, guérison en vingt-deux jours. La tumeur fibro-vasculaire, bénigne, muqueuse, semble être d'origine inflammatoire et formée autour de grains d'acide urique.

Suite de la discussion sur l'obstruction intestinale.

M. Verneuil. Dans la première partie de ma communication, j'avais eu en vue seulement les cas dans lesquels il est impossible de faire un diagnostic. Il est nécessaire alors de parer au plus vite, aux accidents; or, j'ai conseillé de faire l'anus contre-nature.

Je crois avoir compris que M. Trélat affirme que le plus souvent le diagnostic est facile. J'ai la conviction du contraire, car il arrive souvent à moi comme aux autres, de faire un diagnostic que je crois vrai, mais qui n'est nullement vérifié à l'autopsie ou pendant le cours d'une laparotomie.

L'anus contre-nature fait cesser les accidents dans la plupart des cas et constitue une opération moins grave que la laparatomie. J'ai indiqué mes préférences pour l'anus pratiqué au niveau de l'S iliaque; en éliminant la colotomie, au moins dans le plus grand nombre des cas.

J'ai de bonnes raisons pour choisir ce mode d'intervention, et je vous renvoie pour cela à la deuxième observation de ma communication. Je crains de laisser entre l'anus artificiel et le rectum, un trajet très long, dans lequel s'accumulent les matières. Nous savons combien ces accumulations mettent de temps à s'éliminer

et c'est là selon moi un danger pour le malade. J'ajoute aussi, que par la colotomie les fonctions du gros intestin sont supprimées.

Or, je considère que cet intestin joue un grand rôle dans l'absorption des matières intestinales, ainsi que le prouvent les expériences de la physiologie et l'absorption des lavements alimentaires ou autres. Il y a donc là une cause de dépérissement pour le malade qu'il est bon de ne pas négliger. Je préférerais, dans le cas où l'obstacle siégerait sur l'S iliaque lui-même, faire un anus lombaire, afin de conserver intacte une plus grande quantité de gros intestin. Enfin, je ferai à cette opération une dernière objection. Par cet anus au niveau du cœcum, s'écoulent des matières liquides, lesquelles sortent presque continuellement, gênent considérablement le malade et irritent la peau de l'abdomen.

Par l'anus iliaque gauche, au contraire, ne sortent que des matières demi-molles, moulées et seulement à intervalles réguliers, comme cela existe à l'état normal, si le régime du malade est bien surveillé. Il n'y a chez lui, ni gêne, ni irritation permanente et douloureuse de la peau.

Cette objection est aussi applicable aux anus pratiqués sur l'intestin grêle. Cependant, quand l'obstacle siège sur le côlon transverse, je me résoudrais à pratiquer la cœcotomie. Celle-ci est moins facile à pratiquer que l'anus sur l'S iliaque. J'ai pratiqué quinze fois cette dernière opération avec un seul cas de mort, et sans éprouver aucune difficulté opératoire.

Il m'est arrivé plusieurs fois de pratiquer la colotomie iliaque très haut, presque dans la région lombaire, ou à sa limite, quand l'obstacle est lui-même assez haut placé.

Aussi, je conseille de faire une division des anus de l'S iliaque, en anus de la région supérieure (*colotomie supérieure*) et en anus de la région inférieure (*colotomie inférieure*).

M. Trélat. M. Verneuil m'accuse de dire que le diagnostic est facile. Je n'ai pas eu cette intention; il me suffit d'affirmer que les cas où le diagnostic est possible sont de beaucoup les plus nombreux. Pour les autres, l'anus artificiel est indiqué pour parer aux accidents.

M. Kirmisson. Dans un rapport fait à la fin de l'année dernière sur un travail de M. Heydenreich, je disais que la laparotomie et l'anus artificiel sont deux opérations qui, dans l'occlusion intestinale, ont chacune leurs indications particulières. J'ai toujours conformé ma conduite à ce principe ; trois fois j'ai fait faire la laparotomie : dans le premier cas, il s'agissait d'une femme chez laquelle une bride étendue du ligament large à la paroi antérieure du bassin fut facilement découverte et sectionnée ; mais la malade avait déjà

de la péritonite, et elle succomba dix heures après l'opération. Le second fait est relatif à un jeune homme chez lequel la laparotomie permit très facilement de lever un étranglement de l'intestin grêle par un anneau anormal (peut-être le trou obturateur). Le malade survécut douze jours à l'opération ; mais les fonctions de l'intestin ne purent se rétablir, et la paralysie intestinale entraîna la mort. Le troisième fait démontre bien que, dans certains cas, la laparatomie est la seule opération qui soit applicable. Il s'agissait d'un enfant de neuf ans présentant un étranglement aigu avec un ventre complètement plat, particularité qui fut expliquée par l'opération qui nous permit de sectionner une bride partant de l'hypochondre droit et enserrant la partie supérieure de l'intestin grêle. L'enfant était déjà en hypothermie, et la mort survint huit heures après l'opération. Il est évident que, dans ce cas, on n'eût trouvé aucune anse distendue sur laquelle on eût pu établir un anus artificiel.

Dans deux cas, j'ai eu recours à l'entérotomie par le procédé de Nélaton : la première fois, sur un homme de 56 ans, atteint, comme le démontra l'autopsie, d'un cancer du côlon transverse. Le malade mourut de péritonite quarante-huit heures après l'opération. Ma seconde opération démontre que l'entérostomie peut rendre des services là où l'état général du malade contre-indique absolument la laparotomie : il s'agissait d'un vieillard de soixante-seize ans, atteint d'étranglement interne depuis six jours. Il présentait une algidité marquée, de la cyanose des extrémités, des vomissements bilieux incessants. Il est évident qu'il était incapable de supporter la laparotomie ; je lui fis dans la fosse iliaque droite l'entérostomie, ce qui lui permit de survivre un mois. Il succomba à l'inanition, refusant tout aliment ; on trouva chez lui un volvulus.

Enfin, dans deux cas, un diagnostic précis me permit de faire un anus artificiel sur le gros intestin. La première fois il s'agissait d'un homme de soixante-sept ans, chez lequel l'obstruction datait de cinq jours. Les phénomènes avaient été attribués à une hernie crurale gauche. Il me fut facile de démontrer que la hernie n'était pas étranglée. Prenant en considération le siège constant de la douleur au-dessus du pubis gauche, les coliques qui partaient toujours du même point, la dilatation de l'S iliaque visible à travers les téguments, l'absence de tout obstacle du côté du rectum, j'admis qu'il s'agissait d'une obstruction siégeant sur l'S iliaque. D'autre part, la difficulté que le malade éprouvait depuis longtemps déjà dans la défécation me fit penser que l'obstacle était un cancer. Une incision pratiquée dans la fosse iliaque gauche permit de reconnaître l'existence d'un cancer annulaire existant à l'union de l'S iliaque et du rectum, mais trop profondément placé pour qu'on pût en faire l'excision ; je me contentai donc d'établir sur l'S iliaque

un anus artificiel qui fonctionna régulièrement et donna au malade dix mois de survie.

Dans le second cas, une femme de cinquante-deux ans, présentait des symptômes d'occlusion intestinale datant de dix jours. Une douleur fixe siégeait dans le flanc droit, en même temps qu'une sonorité très marquée et plus superficielle en quelque sorte que dans le reste de l'abdomen occupait la fosse iliaque droite. Je pensai que l'obstacle siégeait sur le côlon ascendant et que cette sonorité spéciale répondait au cœcum dilaté. J'opérai dans le flanc droit ; une incision suffisante me permit d'introduire la main dans l'abdomen, de constater une invagination sur le côlon ascendant, et d'établir un anus artificiel sur le cœcum. Cet anus fonctionna d'une manière satisfaisante ; mais, comme le faisait remarquer tout à l'heure M. Verneuil, l'anus ainsi placé est moins avantageux que sur l'S iliaque, en ce qu'il donne toujours passage à des matières liquides.

A part ces deux cas d'anus artificiel sur le gros intestin pratiqués dans des occlusions intestinales, j'en ai fait d'autres pour des cancers du rectum. Cela porte à sept le nombre de mes opérations. J'ai toujours été frappé de la facilité de cette opération, aussi bien que de sa bénignité ; mes sept malades ont guéri de l'opération. L'un d'eux, vieillard de 74 ans, a survécu pendant vingt-deux mois et demi avec son cancer du rectum. Une malade, que j'ai opérée il y a un an, vient de mourir dans le service de M. Verneuil qui a bien voulu faire apporter ici la pièce. On peut y voir que l'anus siégeait à peu de distance au-dessus du néoplasme ($0^m,15$ environ), et que le prolapsus de la muqueuse est tout à fait nul. C'est donc là une excellente opération.

M. Léon Le Fort. Il est des cas dans lesquels l'intention du chirurgien est d'ouvrir, d'une manière définitive, un anus anormal ; ce sont les cas où l'on a pu diagnostiquer ou soupçonner un cancer, une occlusion permanente par une tumeur, etc. Je ne veux pas m'en occuper en ce moment, et je veux seulement parler de la question principale. Il s'agit des cas où le chirurgien est amené à discuter l'opportunité d'une opération pour lever l'obstacle momentané qui s'oppose à la circulation des matières intestinales, et faire cesser les accidents graves accompagnant leur rétention.

M. Verneuil nous dit : « Il y a des accidents dus à la rétention des matières, il faut y parer ; le meilleur moyen est l'entérostomie. » Je veux examiner si la laparotomie n'est pas meilleure encore.

De son côté, M. Trélat ajoute : « Quand on a des motifs de croire qu'il y a iléus, bride, volvulus, il faut faire la laparotomie. »

Sans doute, mais la difficulté est précisément de savoir quelle est

la véritable nature de la lésion. Malgré tous nos efforts, nous sommes trop souvent dans le doute. Quel est celui d'entre nous, un peu vieilli dans la pratique, qui n'ait pas cru, une fois au moins, à un étranglement interne, alors qu'il s'agissait d'un cancer de l'S iliaque. Pour ma part, j'ai commis cette erreur.

Nous voulons surtout, l'a dit avec raison M. Verneuil, éclairer nos confrères sur la conduite à tenir dans ces cas toujours si difficiles. Disons-leur tout d'abord que la conduite la plus dangereuse est celle qui n'est que trop souvent suivie : l'abstention aggravée encore parfois par l'usage des purgatifs et même la tergiversation qui rend inutile une intervention qui, plus précoce, aurait pu sauver le malade.

Pour l'étranglement interne comme pour l'étranglement externe, dans le doute, il ne faut pas s'abstenir. Mais faut-il intervenir par l'entérostomie ou par la laparotomie? Telle est la question que nous discutons. M. Verneuil penche pour l'entérostomie; M. Trélat un peu moins peut-être. J'incline également, puisque tous deux déclarent que la laparotomie est plus grave. Je suis d'un avis contraire, et il y a longtemps que j'ai cette opinion.

Je crois avoir fait, un des premiers en France, la laparotomie pour l'étranglement interne. Ma première opération remonte à 1869 ou 1870; elle a été faite à l'hôpital Cochin sur une malade de M. Bucquoy.

En la proposant à notre collègue, je lui faisais observer, et je suis toujours dans les mêmes idées, que l'on ne saurait comparer, au point de vue anatomique, physiologique et pathologique, le feuillet pariétal du péritoine peu fourni de vaisseaux et de nerfs, avec le feuillet viscéral qui en est pourvu avec profusion. J'ajoutai que les blessures pénétrantes de l'abdomen, même quand elles sont étendues, sont peu graves, si la paroi seule est intéressée et si l'intestin a échappé à toute lésion. Aujourd'hui, je puis ajouter : c'est par centaines que nous comptons les opérations dans lesquelles le chirurgien a ouvert le ventre qu'il a immédiatement recousu, soit parce qu'il constatait qu'au lieu d'un kyste de l'ovaire, d'une tumeur fibreuse, il avait affaire à un cancer inopérable, soit parce qu'il voulait, avant d'opérer, s'assurer que la maladie était susceptible d'une opération. Cette laparotomie, qu'on a appelée exploratrice, est peu grave dans ces conditions; elle l'est même si peu qu'on en a peut-être abusé. Elle n'est pas plus grave par elle-même, quand elle est faite pour un étranglement interne. Si, dans la pratique, elle l'est beaucoup plus, c'est qu'elle est en général faite trop tard, quand il y a déjà de la péritonite, quand la mort est déjà à peu près certaine. Dans les cas que vient de nous citer

M. Kirmisson, c'est la maladie déjà trop avancée et sans remède, qui a causé la mort.

Dans un bon nombre de cas, la laparatomie a permis de couper la bride, de lever l'étranglement, de détruire le volvulus et, sans blesser l'intestin, de supprimer le mal. L'entérostomie ne pare qu'à un seul phénomène : l'obstruction intestinale ; mais elle ne supprime pas la lésion. Elle soulage immédiatement le malade ; mais deux ou trois jours après, la persistance de la bride ramène les accidents, provoque une péritonite et amène la mort.

Lorsque je parle de la laparatomie, je dois faire une distinction, et j'y suis amené par ce qu'a dit M. Le Dentu dans la dernière séance. Il y a souvent danger à faire au ventre une large incision; les intestins distendus par les gaz font irruption au dehors, et l'on est obligé, comme a dû le faire M. Le Dentu, comme j'ai dû le faire moi-même dans ma première opération, de pratiquer des ponctions capillaires multiples sur les anses herniées, afin de les réintroduire. Certes, ces ponctions ne peuvent être regardées comme absolument innocentes, et cette hernie expose les intestins à l'influence de l'air extérieur, à des manipulations dangereuses. Je crois également qu'il y a danger à promener la main à travers tout le paquet intestinal, à le déplacer dans tous les sens pour trouver le point où est l'obstacle, et l'on peut quelquefois le découvrir autrement. Il y a quelques années, ayant à opérer, à Colombes, un malade qui était dans l'état le plus grave, presque à l'agonie, mais avec des symptômes et des commémoratifs qui me laissaient croire à un étranglement par une bride amenée par une péritonite antérieure, craignant, en raison du ballonnement considérable, de voir une grande quantité d'intestins s'échapper au dehors, je fis une incision de la largeur de la main. Il se présenta une anse intestinale distendue, je tirai un peu sur elle, rentrant au fur et à mesure la partie déjà examinée, et, de proche en proche, je fis successivement sortir et rentrer une certaine longueur d'intestin. A un moment donné, je trouvai de la résistance à la traction, je glissai le doigt dans le ventre, le long de l'intestin ainsi légèrement tendu, je sentis une bride que je pus attirer vers l'ouverture, je la sectionnai. Une demi-heure après, les accidents cessaient et le malade guérit sans accidents. Je crois que c'est ce que l'on peut faire dans un certain nombre de cas. Si on ne trouve pas l'obstacle, on agrandit l'incision et l'on va plus directement à la recherche de l'obstacle.

En résumé, la laparotomie n'est que le premier temps de l'entérostomie, il est vrai, avec une incision beaucoup plus grande. Par elle-même elle n'a que peu de dangers, et elle peut éviter le second temps de l'entérostomie, c'est-à-dire l'ouverture de l'in-

testin et l'établissement d'un anus anormal. Si on rencontre une lésion que l'on ne peut supprimer sans ouverture de l'intestin, un obstacle qu'on ne puisse vaincre, on a toujours la ressource de substituer l'entérostomie à la laparatomie. Il suffit de réunir par la suture une partie de la plaie abdominale, de suturer à l'autre partie l'intestin qu'on veut ouvrir, et faire un anus anormal.

Pour toutes ces raisons, si je partage, sur la plupart des points, les opinions de mes collègues, loin d'incliner vers l'entérostomie, je crois qu'il ne faut la pratiquer qu'après l'avoir fait précéder d'une laparatomie.

La discussion est renvoyée à la prochaine séance.

Communication.

Pied bot varus, pied-creux enroulé chez un garçon de 15 ans. — Aponévrotomie. — Appareil. — Rétablissement de la forme du pied.

M. Trélat. J'ai parlé, à plusieurs reprises, dans ces derniers temps, d'un appareil que j'avais fait construire pour un cas de pied bot. J'ai fait venir aujourd'hui le malade muni de ses appareils et en particulier de celui que je désire vous faire connaître.

Deux motifs me poussent à vous faire cette communication: 1° je crois que les appareils de ce genre sont de nature à étendre les limites du traitement orthopédique, c'est-à-dire à diminuer le nombre des cas de tarsotomie pour pied bot invétéré ; 2° cet appareil, construit pour remplir certaines indications déterminées, peut, d'après les mêmes principes, être adapté à des cas très divers ou modifié pour toutes les variétés du pied bot. C'est donc un exemple particulier d'un système général que je vais mettre sous vos yeux.

Je me hâte d'ajouter que ce système a été préconisé par Duchenne de Boulogne, puis par Sayre de New-York, qu'il est adopté en principe par un certain nombre de chirurgiens, et que quelques appareils de Blanc, de Lyon, en sont une réalisation particulière.

Mais ce système d'appareils à action constante par traction élastique n'a guère été employé que pour corriger les paralysies musculaires ou pour agir dans les cas légers de pied bot. Il s'en faut du tout qu'il soit entré dans la pratique courante. On ne trouve pour ainsi dire chez nos fabricants, dans les services hospitaliers et dans les livres, que des appareils à force fixe donnée par des vis ou des roues. Ici, grâce à l'habile et dévoué concours de

M. Collin, j'ai pu faire construire un appareil à actions multiples, puissant, bien toléré, facile à régler. J'en ai obtenu un bon résultat dans un cas difficile. Je signale à la fois le résultat et la méthode à votre attention.

Eugène D... est un grand garçon de 15 ans bien développé pour son âge. Convulsions dans l'enfance. Double pied bot paralytique à 5 ans. Traité à 7 ans par la ténotomie et des appareils mécaniques ; le pied droit a été suffisamment restitué pour permettre la marche. A gauche, la déformation s'est constamment accrue malgré l'usage irrégulier d'appareils à tuteurs latéraux pour la marche qui était devenue des plus difficiles en janvier dernier

Outre un peu d'équinisme facile à vaincre à la main et une atrophie marquée des muscles de la jambe portant principalement sur les fléchisseurs du pied, toutefois avec conservation de la contractilité sous l'excitation électrique, le pied en varus touche le sol par son bord externe ; il est creux, les métatarsiens et surtout le premier faisant un angle droit avec les os du tarse. En outre, l'avant-pied métatarsien fait avec l'arrière-pied tarsien un angle prononcé ouvert en dedans. Enfin l'astragale énucléé, pour ainsi dire, de ses articulations tibiale et tarsienne, fait une forte saillie sur la convexité du pied. Il est facile de reconnaître que le tendon du long péronier latéral n'est ni raccourci, ni rétracté, mais qu'en revanche, l'aponévrose plantaire constitue une forte et large bride étendue du calcanéum à la tête du premier métatarsien.

Après avoir constaté que ces formes anormales sont fixées et résistent absolument aux manipulations les plus énergiques, nous instituons le traitement suivant: 1° commande d'un appareil mécanique approprié; 2° quand l'appareil sera fait, corrigé, revu et prêt à servir, section sous-cutanée de l'aponévrose plantaire, appareil plâtré; 3° six jours après, application et usage de l'appareil orthopédique.

Cette marche a été régulièrement suivie. Le malade était entré dans mon service le 22 janvier 1887. Le 16 février, nous étions en possession de l'appareil. Le 16 février, je faisais la section sous-cutanée de l'aponévrose plantaire en deux points, l'un près du calcanéum, l'autre près de la tête du premier métatarsien. Le malade étant anesthésié, je soumettais le pied à de vigoureuses manipulations ayant pour but de le redresser, de le déplier et de faire rentrer l'astragale dans sa position normale. La réduction restait incomplète et le pied était placé du 16 au 22 février dans un appareil plâtré réalisant déjà un certain degré d'amélioration.

Le 22 février, nous commencions l'application de l'appareil mécanique. Au premier moment, notre jeune homme, très désireux de guérir avait tendu tous les caoutchoucs et nous montrait fièrement

son pied redressé. Il fallut vite en rabattre. Nous dûmes rechercher en tâtonnant quel était le degré tolérable de tension des tubes de caoutchouc. On sait que les bandes, lacs, liens de caoutchouc, grâce à leur action constante, agissent efficacement sans grande tension. Nous pûmes arriver ainsi à faire porter l'appareil d'abord six heures par jour, puis douze heures, puis quatorze en deux fois. En même temps nous pouvions accroître la tension des liens élastiques.

Le 12 mars, l'amélioration obtenue était évidente. La plante du pied pouvait appuyer sur le sol. Vers le 20 mars, nous pouvions commander un appareil permettant la marche, car il faut dire que notre appareil d'action est fait pour le séjour au lit, ou, tout au moins, qu'il nécessite la suppression de la marche. Depuis le 15 avril, notre jeune homme porte toujours le soir pendant quelques heures son appareil actif, mais le jour il marche avec son appareil de maintien constitué par deux tuteurs latéraux articulés aux malléoles, une semelle de métal sur laquelle le pied est fixé par un brodequin de peau souple lacée, et un ruban élastique plat attaché au bord externe de la semelle, passant sur l'astragale et venant se terminer au tuteur interne vers son tiers inférieur. Ce ruban applatit le pied, maintient l'astragale et combat la tendance au varus.

Vous pouvez juger du résultat obtenu, résultat qui s'améliorera encore par la marche et l'électrisation des muscles du mollet qui a déjà augmenté le volume du membre de plus d'un centimètre. Le pied porte sur le sol par toute sa plante. La saillie astragalienne a disparu. L'axe général du pied est normal. La marche n'est plus gênée que par la faiblesse relative des muscles extenseurs du pied. Tout cela a été obtenu par un traitement actif de deux mois.

Voici maintenant la description de l'appareil qui a été établi par M. Collin sur mes indications :

Les indications à remplir étaient les suivantes :

Maintenir le pied à plat.

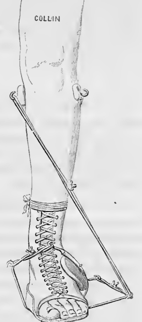
Redresser l'angle ouvert en dedans formé par les axes de l'arrière et de l'avant-pied.

Refouler la saillie astragalienne.

Corriger le varus.

L'appareil se compose essentiellement d'une semelle de métal portant en arrière un tuteur qui remonte le long du mollet et se termine par un bracelet au-dessous du genou. La semelle tourne sur son axe à sa jonction avec le tuteur vertical de façon à permettre la correction du varus en la portant dans la rotation en dehors à l'aide d'un caoutchouc qui part du bord externe de l'avant-pied et vient s'attacher au côté interne du bracelet supérieur.

Cette semelle porte deux contreforts dont l'un appuie sur le côté interne du talon et l'autre sur le côté interne de l'avant-pied au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne. Elle est divisée en deux parties, l'une pour l'avant-pied, l'autre pour l'arrière-pied; articulées juste sous le bord externe du pied. Chacune de ces parties porte une tige de fer horizontale, saillante en dehors de 6 à 8 centimètres. Enfin un brodequin de peau souple, lacé sur le dessus, adhère à toute l'étendue de la semelle. Le pied étant bien fixé par le brodequin sur la semelle, si on rapproche à la main les deux tiges de fer saillantes au côté externe de chaque pièce l'on fait disparaître l'angle des deux parties du pied et on redresse son axe. En remplaçant la main par un caoutchouc, on rend cette action constante et on lui donne l'intensité qu'on veut.



Au bord externe de la semelle, un peu en arrière de la saillie astragalienne est fixée une feuille de ressort en acier qui s'élève obliquement vers le cou-de-pied qu'elle dépasse en croisant l'astragale. Cette feuille se termine par un anneau et est destinée à presser à l'aide d'une pelote de position variable sur la saillie de l'astragale. Un caoutchouc passé dans l'anneau de ce ressort vient s'attacher au côté interne du talon par l'intermédiaire d'une tige, et établit une pression continue sur la tête de l'astragale.

Si on a suivi attentivement la description qui précède, on voit que le pied est aplati par le brodequin lacé et par la pelote astragalienne qui refoule en même temps la saillie de cet os ; que l'axe du pied est rétabli par le jeu de l'articulation de la semelle, mis en action par le caoutchouc qui relie les deux tiges externes ; enfin que le varus est incessamment corrigé par le long caoutchouc étendu du bracelet jambier au côté externe de l'avant-pied.

Toutes les indications sont donc remplies et le résultat prouve qu'elles l'ont été utilement.

Je répète, en terminant, que je n'ai pas eu seulement pour but, dans cette communication, de montrer un appareil pour pied bot varus enroulé, mais que je conseille ce genre d'appareil dont on peut varier les dispositions suivant tous les cas, pour tous les

pieds bots résistants et difficiles à ramener au redressement. Il y a là une puissance facile à régler, qui ne se retrouve dans aucun des appareils à vis, à marteau, à roue qu'on emploie communément. La seule difficulté, c'est qu'il faut ici le concours d'un chirurgien attentif et d'un fabricant ingénieux et habile; et c'est peut-être la raison de la trop longue négligence de ces précieux appareils dont les premiers échantillons remontent à plus de vingt-cinq ans.

Discussion.

M. Lannelongue. L'enfant marche avec un appareil, cela est vrai, mais il ne pourrait marcher sans son secours. En effet, vous l'avez redressé, mais sans lui redonner des muscles qui sont et resteront atrophiés. Tel est leur état dès qu'il s'est écoulé six mois après le début des lésions nerveuses et médullaires qui sont la cause première de cette atrophie.

M. Trélat. Je veux bien que l'appareil soit indispensable pour la marche, mais le malade n'en a pas moins le bénéfice de marcher sur la plante de son pied au lieu de marcher sur le dos du pied, comme il le faisait auparavant.

Je connais des individus de 24 et de 29 ans, qui, soignés depuis leur jeune âge avec persévérance, marchent maintenant sans difficulté et sans qu'on se doute de l'infirmité qu'ils ont encore.

M. Desprès. Je rappellerai que Duchenne, de Boulogne, avait abandonné la traction avec le caoutchouc, pour le remplacer par des ressorts à boudin comme étant plus facilement supportés par les malades. Le caoutchouc provoquait des escharres par pression trop forte et trop continue.

M. Trélat. Cela prouve seulement qu'il faut surveiller avec soin le malade et son appareil, mais le caoutchouc me semble préférable.

Présentation de malades.

M. Terrier montre un malade auquel il a pratiqué une résection cunéiforme double pour des orteils en marteau.

M. Peyrot montre un malade qui était atteint d'une fracture de Dupuytren, consolidée d'une facon ; vicieuse le pied était en dehors de la malléole externe fortement divisée. Il a pratiqué une section oblique des deux malléoles et réséqué la partie inférieure du tibia. Le malade marche facilement et le pied est dans l'axe de la jambe.

M. Terrillon. J'ai présenté devant la Société de chirurgie un fait absolument semblable en 1880.

Il s'agissait d'un officier d'état-major, qui avait une fracture de Dupuytren, consolidée vicieusement depuis trois ans. L'opération réussit très bien et le blessé put reprendre ses fonctions et monter à cheval.

Communication.

M. Louvet-Lamarre lit une communication sur le *pansement des plaies avec le minium* (M. Terrier, rapporteur).

Présentation de malade.

M. Schwartz présente un malade auquel il a extirpé, il y a sept mois, l'astragale pour une luxation irréductible de cet os; le malade a deux centimètres et demi de raccourcissement et un pied en très bonne position; il marche assez facilement, les mouvements de l'articulation nouvelle entre le calcanéum et la mortaise tibio-péronière sont conservés; l'extension est plus prononcée que la flexion qui dépasse l'angle droit d'une vingtaine de degrés; l'on peut espérer, d'après l'état actuel, un rétablissement plus complet encore des fonctions du membre blessé dont deux moules en plâtre montrent l'état avant l'opération et sept mois après qu'elle a été pratiquée.

Observation. — *Fracture bimalléolaire avec luxation de l'astragale sur le dos du pied, en avant et en dehors. — Réduction de la fracture; irréductibilité de la luxation. — Ablation de l'astragale. — Guérison.*

M. G... (P.), âgé de 25 ans, métreur, toujours bien portant jusque-là, tombe, le 23 juin 1886, du haut d'une échelle et se fait une lésion grave du pied gauche. On l'apporte à l'hôpital Beaujon où l'on reconnaît une fracture bimalléolaire avec déplacement considérable du pied en adduction. Après plusieurs tentatives sous le chloroforme, la fracture est réduite, mais on reconnaît que, malgré tout, le pied reste en adduction et qu'il y a, outre la fracture, une luxation de l'astragale, en avant et en dehors, mais sans grande saillie de l'os, sur le dos du pied.

Lorsque nous prîmes le service de l'hôpital Beaujon, deux mois après l'accident, voici comment les choses se présentèrent : consolidation de la fracture bimalléolaire, mais adduction et équinisme du pied très manifeste, de telle sorte que le blessé ne peut marcher que sur son

bord externe et avec une très grande difficulté; l'on trouve au niveau de la partie externe et postérieure du dos du pied, une saillie arrondie, lisse, qui n'est autre que la tête de l'astragale; en dedans d'elle passent les tendons extenseurs; le pied peut se fléchir et s'étendre légèrement, l'abduction est impossible. Tout le membre est fortement œdématié. La luxation de l'astragale étant certaine, nous essayons encore une fois la réduction sous le chloroforme, malgré le peu de chances de succès. Rien ne se réduit. Aussi, le malade se décide-t-il facilement à l'opération que nous lui proposons : l'ablation de l'os luxé.

Opération le 21 *septembre* 1886. — Incision externe commençant au milieu du dos du pied en dedans de la saillie, puis rejoignant en arrière la malléole externe; on rétracte les tendons en dedans; on met à nu la tête de l'astragale; incision perpendiculaire vers en haut, partant du milieu de la précédente, de 5 centimètres de long, pour se donner du jour. Toute la tête de l'astragale est mise à nu, et l'on reconnaît alors que l'os est en place dans sa mortaise tibio-péronière; que ses rapports avec le calcanéum sont normaux; que sa tête seule est luxée sur le scaphoïde, au-dessus duquel elle se place; il nous est impossible de réduire, même à ciel ouvert, en essayant de faire rentrer la tête dans la fossette scaphoïdienne. Nous procédons à la résection de la tête, espérant ainsi amener la réduction; insuccès encore. Nous n'hésitons pas alors à enlever tout l'os, ce qui se fit très rapidement et sans grandes difficultés. Le pied est alors facilement ramené à sa position normale. Un gros drain sort en arrière de la malléole externe. Quelques points de suture ferment la large brèche béante. Pansement antiseptique rigoureux. Appareil plâtré.

En somme, nous avions eu affaire à une luxation complète de l'astragale sur le scaphoïde en haut et en dehors, mais sans déplacement par rapport au calcanéum, au tibia et au péroné. Peut-être ce dernier a-t-il existé au début et a-t-il été réduit avec la fracture? Il est impossible de l'affirmer; mais ce qui ferait peut-être pencher vers cette hypothèse, c'est la facilité avec laquelle l'os fut détaché en dedans, en arrière, en dehors et en bas.

Malgré toutes nos précautions, le blessé, au bout de huit jours, eut de l'hyperthermie et fit deux petits abcès, l'un dans la gaîne des péroniers, l'autre autour de la malléole interne.

La guérison était complète à la fin d'octobre, et il sortait en décembre pour retourner chez lui.

Dès que les plaies des petits abcès furent en bonne voie de guérison, je ne craignis pas de mobiliser la jointure nouvelle pour y amener des mouvements et empêcher l'ankylose. Il commença à marcher avec des béquilles en janvier; depuis ce temps, massage et mouvements qui ont amené l'état actuel dans lequel il a été présenté et sur lequel nous avons suffisamment insisté au début. L'ablation de l'astragale dans ce cas insolite de luxation, nous a

donné, en résumé, d'excellents résultats au point de vue du rétablissement de la forme et de la fonction, qui gagnera certainement encore.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,
TERRILLON.

Séance du 25 mai 1887.

Présidence de M. LANNELONGUE.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Les journaux et publications périodiques de la semaine.

Communication.

Ongle incarné, par M. QUENU.

Réponse à une lettre de M. le Dr Stocquart, réclamant la priorité pour son procédé de l'ongle incarné.

A la suite du rapport de M. Reclus sur mon travail intitulé : *Limite de la matrice de l'ongle, applications au traitement de l'ongle incarné*, un médecin de Bruxelles, M. Stocquart, vient d'adresser à la Société de chirurgie une réclamation de priorité relative au procédé préconisé, qu'il dit être celui qu'il a fait connaître en septembre 1885, dans un article du *Journal de Bruxelles.* M. Stocquart termine sa lettre en s'adressant à l'équité de la Société de chirurgie, et en lui laissant le soin de juger cette question scientifique; il joint sa brochure à sa lettre.

Il me serait facile de prouver que je ne pouvais connaître, en

août 1885, époque à laquelle j'ai enseigné mon procédé aux élèves du service de M. Cruveilhier, le travail de M. Stocquart, publié d'après sa lettre, dans le numéro de septembre 1885. Je n'ai eu l'occasion d'opérer que le 12 septembre (voir observation) de cette même année. Mais là n'est pas la question ; nous avons, M. Stocquart et moi, des idées absolument différentes sur la matrice de l'ongle, et (cela devait en résulter) nous avons préconisé deux procédés dissemblables. M. Stocquart pourra s'en convaincre en lisant bientôt dans nos *Bulletins* mon travail qu'il ne connaît que par des extraits de journaux.

Le mémoire de M. Stocquart est intitulé : *Traitement chirurgical de l'ongle incarné, procédé nouveau pour obtenir la guérison définitive, avec reproduction de l'ongle.*

Ce titre seul suffirait à prouver le peu de fondement des réclamations de notre confrère.

Le principal but de mon travail a été de juger expérimentalement le débat qui s'est élevé entre Kölliker et la plupart des histologistes français d'une part, Reichert, Ammon, Unna, Besadecki, Hutchinson, Arloing, d'autre part ; au sujet de la délimitation exacte de la matrice de l'ongle ; j'ai fait de la solution de ce problème une application au traitement de l'ongle incarné ; j'ai cherché à bien délimiter cette matrice afin de l'extirper tout entière et de n'extirper qu'elle, je veux donc que l'ongle ne se reproduise pas ; M. Stocquart annonce sa reproduction dans le titre même de sa brochure.

Ensuite il pose en principe cette notion « que, dans le tégument cutané des extrémités unguéales des membres, il existe deux parties qui ont une influence distincte sur le développement de l'organe en question : la partie appelée lit de l'ongle contribue spécialement au développement en épaisseur, et le repli postérieur, appelé pli sous-unguéal de la racine de l'ongle, est la partie active du développement en longueur ». Cet auteur admet comme évident (?) que la direction vicieuse de l'ongle, en cas d'onyxis, est le fait de la première influence; il la supprime, et il observe néanmoins la reproduction de l'ongle « dans toute l'étendue de l'orteil ». Ainsi, M. Stocquart accepte que tout ce lit sous-unguéal fait de l'ongle ; je démontre justement le contraire et je conclus avec Arloing, avec les vétérinaires qui ont étudié ce développement chez le cheval, avec Bouley, Vergez, etc., qu'il y a deux portions bien distinctes dans le lit de l'ongle, l'une qui s'étend du fond de la rainure unguéale jusqu'au bord antérieur de la lunule ; celle-là est la vraie matrice, la seule qui fasse de l'ongle vrai chez l'homme, qui fasse de la corne fibroïde à texture tubulaire chez le cheval ; l'autre portion ne fait que de l'épiderme corné. « J'en conclus que

M. Stocquart et moi nous délimitons différemment la matrice de l'ongle. » C'est là un point capital, car il est cause que nos procédés sont différents. Que fait M. Stocquart? Il fait « la résection du repli sous-unguéal de la racine de l'ongle »; il laisse toute la lunule ; je la résèque. Comparez sur le schéma n° 2 de l'auteur belge la petite bandelette étroite au large rectangle dont je recommande l'extirpation, rectangle qui embrasse et l'espace lunulaire et la gouttière sus-unguéale, et vous admettrez que nos deux procédés n'ont qu'un point commun, c'est d'enlever tous deux une partie du derme sous-unguéal; mais Follin, mais avant Follin, Dupuytren enlevaient aussi du derme sous-unguéal ; ils enlevaient même tout, ils en enlevaient trop ; M. Stocquart n'en enlève pas assez et son ongle repousse. J'insiste peu sur l'autoplastie que j'ajoute et dont notre confrère de Belgique ne dit mot et je conclus en disant : Une conception différente de l'anatomie et de la physiologie de l'ongle, nous a conduits, M. Stocquart et moi, à deux procédés tout différents et à des résultats complètement opposés.

Communication.

Pied bot varus, pied creux enroulé chez un garçon de 15 ans. — Aponévrotomie. — Appareil. — Rétablissement de la forme du pied (suite).

M. Trélat. Je dois ajouter quelques mots à ma communication dernière sur le traitement du pied bot, en réponse à M. Lannelongue.

Notre collègue nous dit que six semaines après une paralysie infantile, il est impossible d'obtenir aucune modification heureuse dans les muscles paralysés.

Cela est vrai dans les cas où la paralysie est complète ; alors le muscle reste atrophié malgré nos efforts. Quand celle-ci n'est que partielle, on peut obtenir des résultats et une amélioration dans la contractilité du muscle.

Je donne mes soins à une jeune fille qui a une paralysie complète de la jambe gauche et une paralysie incomplète ou partielle de la droite.

Pour le côté gauche, je ne fais rien, le pied est comme un pied de polichinelle et n'est maintenu par aucun muscle. A droite, au contraire, les extenseurs et les fléchisseurs existent et ont conservé leur excitabilité électrique, mais les extenseurs sont plus forts que les fléchisseurs paralysés. Il y a donc pied équin.

Or, en coupant son tendon d'Achille, je la ferai marcher sur la plante du pied et pourrai ainsi lui rendre service.

Discussion.

M. Lannelongue. Je n'ai parlé, dans la dernière séanee, que de la paralysie spinale de l'enfance.

Dans ces cas, la substance grise des cornes antérieures est altérée, les muscles sont paralysés et atrophiés, et c'est au bout de six mois et même plus, que les lésions sont sans remède. Les nerfs qui naissent de la substance grise altérée sont pour ainsi dire détruits, et ne peuvent se régénérer.

Dans ces cas, les appareils peuvent servir à empêcher la déviation de se produire dans les pieds ; ils peuvent les maintenir dans une bonne situation ; mais l'enfant ne peut plus les quitter, et la marche, sans eux, est impossible ou vicieuse.

Quant aux pieds bots congénitaux, dans lesquels la contractilité des muscles est intacte, on peut arriver à les guérir, en modifiant seulement les attitudes vicieuses. Mais c'est là une tout autre question et depuis longtemps résolue.

M. Trélat. Nous sommes d'accord sur ees deux variétés, et nous avions diseuté sur deux sujets différents.

Suite de la discussion sur l'obstruction intestinale.

M. Desprès. D'après M. Trélat, le diagnostic des causes de l'oeelusion intestinale serait facile dans la plupart des eas. Mon avis est que ce diagnostie peut toujours être fait avec une eertaine approximation.

Je suis certain d'avoir fait le diagnostic exaet dix fois sur onze cas que j'ai observés.

Ainsi, par exemple, quand un individu est pris brusquement de phénomènes d'étranglement interne, comme dans une hernie étranglée sans avoir eu de phénomènes antéeédents semblables et analogues, on peut diagnostiquer un étranglement par brides.

Quand les phénomènes sont lents à se développer, que les gaz sortent encore par l'anus en petite quantité, que les vomissements sont peu fréquents, ordinairement cela indique la présence d'un caneer intestinal, d'une paralysie intestinale ou d'une invagination.

Pour eette dernière, je fais des réserves et je eonsidère que ce n'est pas là un vrai étranglement, ear souvent cette eause est méeonnue et ne donne pas toujours des phénomènes graves, ainsi que le prouve une observation eonsignée dans nos bulletins.

Elle est fréquente ehez les enfants dans le eours ou à la fin de la

fièvre typhoïde, mais on la rencontre à l'autopsie sans que, pendant la vie, des symptômes spéciaux aient pu faire soupçonner ce désordre de l'intestin.

Les seuls cas qui, selon moi, sont difficiles à diagnostiquer, sont ceux dans lesquels une péritonite succède à la perforation de l'appendice iléo-cœcal.

Enfin, des erreurs sont souvent commises parce qu'on n'explore pas le rectum et surtout sa partie inférieure, si souvent le siège d'un obstacle cancéreux.

M. Sée. J'ai vu, l'année dernière, un jeune homme dont l'observation est intéressante. Il avait, depuis quelque temps, une constipation opiniâtre. Des injections liquides et gazeuses par le rectum, l'emploi de l'électricité appliquée par M. Boudet de Paris, n'eurent aucune action.

Quand je le vis après plusieurs jours, il était pâle, amaigri ; le ventre était ballonné, douloureux et le siège de coliques douloureuses ; mais il n'avait pas de fièvre.

On proposa une intervention chirurgicale, mais je ne m'en montrai pas partisan, car le cas ne me semblait pas urgent.

J'ordonnai l'injection d'une grande quantité d'eau dans le rectum avec une longue canule, qui pénétrait profondément.

Les premiers jours, on injecta ainsi quatre litres d'eau ; après trois ou quatre jours, l'eau ramena des matières fécales ramollies.

Finalement la débâcle se fit, petit à petit, et tous les phénomènes cessèrent.

La constipation avec obstruction avait duré quarante-deux jours.

Je suis donc d'avis qu'il ne faut pas se presser. Cependant si la gêne de la respiration était sérieuse à cause du ballonnement, je serais partisan des ponctions capillaires de l'intestin, pour débarrasser un peu l'abdomen des gaz et permettre ainsi d'attendre.

Il est probable, que dans le cas de M. Verneuil, si on n'avait pas opéré de suite, si on avait fait quelques ponctions capillaires, on aurait pu attendre et la débâcle aurait eu lieu.

M. Le Dentu. Je désire répondre aujourd'hui principalement aux objections que M. Verneuil a émises contre l'anus artificiel cœcal ; mais auparavant il me faut dissiper une confusion qui a dû résulter de la hâte avec laquelle j'ai fait ma communication dans la dernière séance. Cette communication se composait de deux parties : la première était relative à une opération mixte de laparo-entérostomie que j'ai pratiquée il n'y a pas longtemps. J'y établissais en même temps les indications de la laparotomie et de l'anus artificiel, telles que je les comprends ; la seconde était consacrée à l'étude de l'anus artificiel cœcal, pratiqué dans la région iliaque

droite, indépendante de la laparotomie proprement dite et surtout de la laparotomie médiane.

M. Verneuil me permettra de lui dire qu'il n'a peut-être pas établi une distinction assez nette entre les obstructions intestinales chroniques ou subaiguës, qui laissent le temps de la réflexion, et les obstructions brusques, aiguës, qui exigent une décision prompte. Cette distinction est pourtant très importante, parce que, dans le premier cas, le diagnostic offre en général un peu plus de facilité. Dans le second cas, on se trouve en présence de difficultés de diagnostic telles, que les chirurgiens les mieux inspirés ne peuvent arriver qu'à des probabilités plus ou moins rapprochées de la certitude.

De plus, dans les obstructions chroniques, on peut parfois constater à travers les parois abdominales médiocrement distendues une tumeur plus ou moins nette ou simplement une rénitence sur laquelle on peut se baser pour penser que l'obstacle est dans tel ou tel point; tandis qu'en présence des obstructions aiguës et du ballonnement souvent excessif qu'elles déterminent, on en est réduit à des conjectures.

Dans ce dernier cas, en admettant qu'on donne la préférence à l'opération de l'anus artificiel, vaudrait-il mieux faire l'incision dans la région iliaque gauche, ou dans la région iliaque droite? L'incision iliaque gauche permet de pratiquer l'anus artificiel sur l'S iliaque, si l'obstacle est au-dessous, par conséquent sur un point très rapproché de cet obstacle, tandis que l'incision du cæcum laisse un long bout du gros intestin entre elle et l'obstacle, en admettant que celui-ci siège sur la partie inférieure de l'S iliaque ou sur la partie supérieure du rectum. En revanche, si on s'aperçoit, après avoir fait l'incision iliaque gauche, que l'obstacle est au-dessus, ce qui se présente souvent, l'anus artificiel pratiqué sur la première anse venue d'intestin grêle sera plus éloigné de l'obstacle que si on avait ouvert le cæcum ou l'extrémité de l'intestin grêle.

Il y a donc en moyenne plus de chances, en incisant à droite, de se tenir à courte distance de l'obstacle, s'il siège sur le gros intestin, et autant de chances, s'il siège sur l'intestin grêle.

M. Verneuil a objecté que l'accumulation des matières entre le rétrécissement et l'anus artificiel devait être plus à craindre en cas d'anus cæcal. Soit, mais seulement si le rétrécissement est très voisin de l'S iliaque ; en tout cas, l'objection peut être retournée contre l'anus dans la région iliaque gauche, si le chirurgien s'est vu obligé d'ouvrir l'*intestin grêle* pour une obstruction portant sur la partie terminale du côlon descendant.

D'ailleurs, mon expérience personnelle me permet de conclure que l'écoulement des matières peut se faire très facilement par le

cæcum ouvert ; s'il présentait quelques difficultés, on aurait toujours la ressource de l'introduction d'une sonde par l'anus artificiel et d'injections ascendantes destinées à déloger les matières.

J'ai pratiqué l'anus cæcal une douzaine de fois et, sauf une fois, je l'ai vu fonctionner aussi bien qu'un autre. Le cas exceptionnel auquel je fais allusion est celui d'un jeune garçon que j'ai opéré dans le service de M. Barth, en 1872, et chez qui tout le monde avait diagnostiqué une invagination de l'S iliaque. J'avais cru devoir ouvrir le cæcum. A l'autopsie, on trouva des matières solides accumulées dans tout le gros intestin jusqu'à l'extrémité supérieure du rectum, où existait, non pas une invagination, mais un rétrécissement fibreux congénital.

Quant à la difficulté de l'opération, elle n'est guère plus grande que celle de l'anus iliaque. Il suffit, pour être sûr de ne pas manquer le cæcum, de faire l'incision de la paroi abdominale plus haut que celle que recommandait Nélaton. Il faut que, placée à environ 3 centimètres au dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, elle remonte à 3 centimètres au-dessus.

Si une anse d'intestin grêle se présente d'abord, on la refoule et on amène facilement le cæcum vers la plaie. Ce temps ne présente pas de difficultés, car le cæcum est entouré par le péritoine sur presque toute ou sur toute sa circonférence. Une seule fois il m'est arrivé de ne pas le trouver à sa place normale. Je dus refaire une incision au-dessus de celle que j'avais faite d'abord, après avoir suturé celle-ci.

En résumé, je conclurai en disant :

1° En admettant qu'on ait des raisons pour faire l'opération de l'anus artificiel de préférence à la laparotomie, il faut en règle générale se rapprocher autant que possible de l'obstacle;

2° Si le diagnostic est à peu près impossible, on se place peut être dans de meilleures conditions en incisant à droite;

3° L'anus cæcal n'est guère plus difficile à établir que l'anus sur l'S iliaque ;

4° En général, il fonctionne aussi bien au point de vue de l'évacuation des matières. S'il est vrai que celles-ci sont plus liquides et que les garde-robes soient plus difficiles à régler, l'objection est encore plus légitimée lorsque, après s'être proposé d'ouvrir l'S iliaque, on s'est vu obligé d'inciser l'intestin grêle.

Je ne terminerai pas sans protester contre les paroles de M. Desprès relativement à la facilité de diagnostic des causes de l'obstruction intestinale. Selon moi, ce diagnostic constitue un des problèmes les plus épineux que nous puissions être appelés à résoudre.

M. Richelot. M. Verneuil nous a dit : « Si, en présence d'un obstacle intestinal, vous avez un diagnostic certain, faites la laparotomie pour lever l'étranglement ; si, au contraire, la cause des accidents vous échappe, contentez-vous de l'anus artificiel. »

Je retournerais volontiers cette double proposition, et je dirais : si le diagnostic est bien établi, c'est alors que l'anus artificiel peut être choisi, comme opération suffisante. Pour une obstruction par les matières, c'est assez d'évacuer le bout supérieur en attendant la débâcle. Pour une tumeur inopérable, c'est assez de mettre fin à la rétention des matières, en attendant la mort. Mais, si la cause des accidents reste inconnue, n'est-ce pas alors qu'il faut ouvrir le ventre pour chercher l'obstacle, en triompher si on peut ou se déclarer impuissant ? On a tout à gagner, rien à perdre. En pareil cas, l'anus artificiel est une opération de renoncement ; car il faut compter sur une chance heureuse pour que le malade guérisse, et les expériences démontrent qu'il ne guérit pas souvent.

La rétention des matières ? Elle n'est presque rien dans l'étranglement ; à l'heure où elle serait dangereuse, le malade est mort depuis longtemps ; le vrai péril est dans la compression des parois intestinales, qui amène le collapsus et l'algidité, au besoin la perforation et la péritonite. Voilà l'ennemi qu'on laisse dans la place, quand on ne songe qu'à la circulation des matières.

Ainsi, dans les cas douteux, la laparotomie est le mode d'intervention le plus rationnel, celui qui donne le plus de chances de succès.

Pour l'appuyer, je citerai l'observation de M. Verneuil lui-même.

Pourquoi a-t-il réussi, chez sa malade de Tours, par l'anus artificiel ? Parce qu'il est tombé sur une obstruction simple. Et qu'aurait-il fait, s'il l'avait reconnue d'avance ? L'anus artificiel. Donc il a réussi parce qu'il s'est comporté comme s'il avait eu un diagnostic certain. Mais, si le hasard l'avait conduit sur un étranglevrai, que serait-il advenu ? La malade serait morte ; et alors M. Verneuil n'aurait-il pas regretté d'avoir reculé devant une laparotomie ?

M. Verneuil me répondra : « En faisant de parti pris l'anus artificiel, j'ai des chances pour tomber sur un cas favorable ; quand vous faites la laparotomie, vous n'en avez pas plus de guérir votre malade, parce que l'opération est beaucoup plus grave par ellemême. » Sur la gravité de l'opération, il faut bien s'entendre, et nous avons tort de discuter en même temps deux questions très différentes. Il ne s'agit pas, en ce moment, de l'anus iliaque appliqué au cancer du rectum ; celui-là est bénin. Il s'agit de l'entérotomie de Nélaton sur l'intestin grêle ; celle-ci, dans les conditions où nous la faisons d'ordinaire, a un pronostic fort sombre. Et, si la laparo-

tomie, de son côté, ne donne pas souvent de meilleurs résultats, ce n'est pas qu'avec l'antisepsie elle ait une extrême gravité, c'est avant tout parce que nous la faisons trop tard. Nous sommes consultés quand le malade est épuisé, algide, presque mort. J'avoue que, dans de pareilles conditions, l'ouverture du ventre est mal indiquée ; autant vaut pratiquer l'anus artificiel, obtenir un premier soulagement, et pour la suite s'en remettre au hasard. Mais quand on arrive à temps, c'est une autre affaire, et la laparotomie reprend ses droits. Dire que, dans les cas douteux, il faut renoncer au traitement radical, n'est-ce pas encourager beaucoup de nos confrères à persister dans les manœuvres dites médicales, qui ne sont bonnes qu'à fatiguer l'intestin, irriter le péritoine et laisser passer l'heure où le malade pourrait être sauvé ?

M. Verneuil. M. Sée nous dit : n'opérez pas trop vite. Mais il ne nous parle pas des accidents qui sont à craindre et auxquels il faut songer, dans la crainte de voir la vie du malade compromise. Son observation est tellement exceptionnelle que je ne crois pas qu'il soit possible d'en tirer des conclusions rigoureuses et exactes.

Je ne conseillerai jamais les ponctions capillaires : elles ne sont pas inoffensives, surtout quand, après quelques jours de maladie, la paroi de l'intestin est altérée et paralysée ou distendue par les gaz; la plaie et la piqûre peuvent alors laisser passer des matières fécales dans le péritoine.

Enfin et surtout ces ponctions sont ordinairement inutiles, car elles n'évacuent qu'une très petite portion de l'intestin, à peine 10 centimètres, qui se remplit bientôt de gaz.

La discussion est close.

Communication.

Suture secondaire du médian. — Retour très immédiat de la sensibilité,

Par M. Polaillon.

Messieurs, dans une séance précédente, je vous ai présenté, pour la deuxième fois, une jeune fille, Teng... (Léonie), âgée de 17 ans, que j'avais soumise à votre examen dans la séance du 16 mars dernier. Vous vous souvenez que, chez cette jeune fille, tous les tendons, les artères et les nerfs de la face antérieure du poignet avaient été sectionnés par une plaie survenue dix-huit mois auparavant. J'avais suturé les tendons et les deux

nerfs médian et cubital. Les mouvements de flexion des doigts étaient revenus, ce qui prouvait que la réunion des tendons avait réussi; mais la sensibilité restait perdue dans toute la zone qu'animent les nerfs médian et cubital, au-dessous de leur section.

L'absence absolue du retour de la sensibilité pouvait sans doute tenir à l'insuccès de la suture du médian et du cubital. Mais, si la soudure nerveuse avait eu lieu, ne tendait-elle pas à démontrer que la sensibilité ne réapparaît pas lorsque deux nerfs voisins, qui peuvent se suppléer l'un l'autre par des anastomoses ou des fibres récurrentes, sont à la fois intéressés? Ou les deux nerfs de la face palmaire étaient sectionnés, et par conséquent le nerf médian ne pouvait suppléer le nerf cubital, ou réciproquement la sensibilité était, en effet, complètement perdue dans toute la face antérieure de la main.

L'observation de cette jeune fille semblait donc infirmer le retour immédiat, et même le retour tardif des fonctions nerveuses, après la suture et la cicatrisation des nerfs. Elle constituait une véritable expérience de physiologie, qui pouvait contribuer à juger une question très controversée.

Vous avez été d'avis qu'il y avait un grand intérêt à vérifier l'état de la soudure du médian et du cubital, en mettant ces nerfs à nu. J'ai complètement partagé cet avis. Ma jeune malade ne pouvait que gagner à l'opération. Si, en effet, les bouts du médian et du cubital ne s'étaient pas soudés, je pouvais espérer qu'une nouvelle suture lui rendrait la sensibilité de la main, à l'exemple des faits publiés par M. Tillaux.

Le 21 mars, Léonie T... fut endormie par le chloroforme. Ischémie de la main et de l'avant-bras avec la bande de caoutchouc. Spray phéniqué. Précautions antiseptiques.

Notre collègue le docteur Prengrueber assiste à l'opération et me sert d'aide.

Incision longitudinale, longue de 5 centimètres environ, entre le tendon du grand palmaire et le paquet des tendons fléchisseurs, incision qui traverse le tissu de l'ancienne cicatrice du poignet. Au-dessous de l'aponévrose, en dehors des tendons fléchisseurs, je rencontre le tronc du nerf médian, qui est de couleur et de volume normaux. En le suivant de haut en bas, je constate qu'il s'aplatit à mesure qu'on se rapproche du poignet, puis qu'il se dissocie en plusieurs faisceaux arrondis, qui se perdent dans un tissu cicatriciel assez peu résistant. Le bout inférieur du médian se trouve au niveau de l'extrémité supérieure de l'éminence thénar, et se termine par une extrémité arrondie qui adhère au tissu cicatriciel. Il n'y a donc pas continuité entre les deux bouts du nerf médian, et la suture que j'ai pratiquée lors de l'accident a échoué.

Après avoir bien isolé le bout supérieur et le bout inférieur, je les sectionne avec un bistouri, de manière à ne conserver que des tissus sains, et je résèque tous les tissus intermédiaires, qui seront examinés au microscope. Il en résulte, entre les deux bouts du nerf, un écartement d'au moins 4 centimètres. Pour mettre en contact les deux bouts sectionnés, il faut non seulement exercer une assez forte traction sur chacun d'eux, mais encore fléchir fortement la main sur l'avant-bras, et l'avant-bras sur le bras.

Je passe alors dans le bout supérieur et dans le bout inférieur du médian, à 1/2 centimètre du plan de la section, trois fils de catgut très fin. Puis je serre les anses, de manière à affronter les faisceaux des tubes nerveux, et je noue les fils, pendant qu'un aide maintient la main et l'avant-bras dans une position très fléchie. Le sommeil de la patiente est incomplet, malgré la forte dose de chloroforme absorbée. Elle s'agite et crie. On a beaucoup de peine à empêcher ses mouvements inconscients et désordonnés. Il est évident que si l'attitude fléchie du membre opéré se relâchait un seul instant, la traction des deux bouts du médian serait assez forte pour désunir la suture en provoquant la rupture des fils de catgut ou la déchirure du tissu nerveux.

La suture du médian est trop difficile à maintenir pour que je puisse songer à prolonger l'opération, en allant à la recherche du cubital. Je remets ce second acte opératoire à une autre séance. Je me hâte de refermer l'incision cutanée par six points de suture métallique, d'appliquer un pansement de Lister et une attelle plâtrée qui immobilise la main et l'avant-bras dans une attitude très fléchie.

L'opération et le pansement ont duré une heure environ, en raison de la minutie des sutures et des difficultés que l'agitation chloroformique de la patiente nous a causées.

Les phénomènes consécutifs ont été recueillis avec le plus grand soin par M. Legrand, interne de ma salle des femmes.

Il constate qu'à 5 h. 30 m., c'est-à-dire cinq heures après l'opération, la sensibilité est revenue. La face palmaire des doigts, la région unguéale, la face dorsale des phalangettes, qui étaient insensibles, sentent maintenant le contact d'une épingle ou de tout autre objet. Et, phénomène extrêmement curieux, la sensibilité est revenue aussi bien dans la sphère du cubital que dans la sphère du médian. Lorsqu'on ferme les yeux de la malade, elle désigne, sans se tromper, le doigt qui a été touché, et distingue fort bien le lieu de l'attouchement. Sur la face dorsale de la phalangine et de la phalange, la sensibilité semble exagérée.

Le 22 mars, lendemain de l'opération, je constate moi-même ce retour de la sensibilité.

Dans la journée, l'annulaire et surtout l'index deviennent le siège d'engourdissements et de fourmillements analogues à ceux que Léonie T... a éprouvés après son accident.

Le 23 mars, la sensibilité persiste partout. Elle semble beaucoup plus marquée au petit doigt et à l'annulaire.

En glissant un crayon sous le pansement, on constate que cet objet

est perçu dans toute la région palmaire. Le pouce se meut plus facilement qu'avant l'opération.

Tous les doigts sont chauds, rouges et un peu gonflés.

Douleurs à la face antérieure du poignet. Sac de glace sur la main.

Les jours suivants, la sensibilité persiste. Parfois, quelques-uns des doigts donnent la sensation de fourmillements, d'engourdissements, de démangeaisons, de brûlure : phénomènes dont la durée est plus ou moins longue.

Le 25 mars, les douleurs du poignet s'irradient dans l'avant-bras et le bras, et remontent jusque dans l'aisselle. A côté de l'artère axillaire, je trouve un cordon, qui n'est autre chose que le nerf médian tendu par la traction que j'ai été obligé d'exercer pour en faire la suture dans la région du poignet. Ce cordon est légèrement douloureux, et quand je le comprime la malade éprouve des fourmillements au poignet, à la face palmaire de la main et dans les doigts. Quand je comprime le radial au niveau de l'aisselle, les fourmillements se produisent, au contraire, sur le dos de la main.

Le 26 mars, les douleurs irradiantes vers l'avant-bras et le bras se sont calmées presque complètement.

Le pansement est renouvelé pour la première fois.

Pendant le changement du pansement, on constate que la sensibilité est revenue dans la paume de la main et au poignet, jusqu'au niveau de la cicatrice de l'accident primitif.

La main et l'avant-bras ont été maintenus immobiles et fléchis dans l'appareil plâtré, jusqu'au 4 avril. A partir de cette date, nous modifions l'appareil de manière à ce que la main puisse s'étendre un peu. Mais nous ne l'enlevons tout à fait que quelques jours après. La malade porte alors son bras en écharpe et s'exerce à faire quelques mouvements d'extension.

Le 16 avril, les mouvements sont libres en tous sens. Mais lorsque l'opérée étend complètement l'avant-bras, elle ressent des tiraillements dans les doigts.

La plaie opératoire s'est réunie par première intention dans la profondeur. Les parties superficielles de l'incision cutanée ont un peu suppuré.

La sensibilité tactile et la sensibilité à la douleur existent partout dans la sphère du médian et du cubital. Elles sont même très accentuées. A peu près dans toutes les régions primitivement anesthésiées, elles suivent deux pointes avec un écartement de 2 centimètres à peine. Il n'y a plus ni fourmillements, ni sensations anormales. Les mouvements du pouce sont beaucoup plus libres et plus étendus qu'avant l'opération. Les éminences thénar et hypothénar semblent conserver à peu près le même degré d'atrophie. La première est plus atrophiée que la seconde.

L'exploration électrique a donné les résultats que voici :

1° Les deux pôles d'un appareil ordinaire de M. Chardin, placés sur l'avant-bras droit, ont occasionné de la douleur au moment des deux contacts ;

2° Placés l'un sur l'avant-bras, l'autre dans la paume de la main, ce dernier n'est pas senti ;

3° Placés l'un sur l'avant-bras, l'autre sur le dos de la main, tous les deux sont sentis ;

4° Placés tous deux dans la paume de la main, point de sensation, même avec un courant très fort. La patiente perçoit seulement des picotements au bout des doigts ;

5° Les deux pôles, placés sur le dos de la main, sont sentis tous les deux.

La sensibilité à l'électricité n'est donc pas revenue.

L'excitabilité électrique des muscles de l'avant-bras existe dans toute son intégrité. Mais les muscles de l'éminence thénar se contractent à peine sous l'influence d'un courant électrique ; ils déterminent un léger mouvement d'adduction, mais point de mouvement d'abduction ni de flexion.

Je noterai, en terminant, que notre jeune opérée a une hémianesthésie hystérique de tout le côté gauche, côté opposé à celui de la suture nerveuse, ce qui empêche de faire une étude comparative de la sensibilité des deux mains.

Les physiologistes et les cliniciens admettent comme une vérité acquise que les deux tronçons d'un nerf divisé se soudent par une cicatrice nerveuse, lorsqu'ils sont convenablement rapprochés ; puis, qu'en général les fonctions se rétablissent tardivement, lorsque la dégénérescence wallérienne et la régénération du bout périphérique se sont accomplies.

Mais si le retour tardif des fonctions du nerf ne fait plus de doute, on n'est pas d'accord sur le retour immédiat de ces mêmes fonctions, dans le cas où les deux bouts du nerf, suturés avec soin, se seraient réunis par première intention.

Presque tous les physiologistes et tous les chirurgiens nient que la réunion immédiate des nerfs sectionnés s'accompagne du rétablissement extemporané de leurs fonctions, même dans les conditions les plus favorables. La persistance ou la réapparition rapide de la sensibilité, après les sections complètes des nerfs, tient uniquement, d'après Letiévant, Arloing et J. Tripier, à la présence de fibres nerveuses directes ou récurrentes, appartenant aux nerfs voisins restés intacts.

J'avais adopté cette explication jusqu'à l'observation que je viens de citer, et je considérais les faits de retour immédiat de la sensibilité comme des erreurs d'interprétation. Mais quand j'eus constaté, chez ma jeune opérée, que la sensibilité, éteinte depuis vingt et un mois, s'était rétablie en quelques heures, après la suture secondaire de son médian, je ne pus m'empêcher de croire, et je crois encore, que la suture, en rétablissant la continuité des

tubes nerveux par une réunion immédiate, a en même temps rétabli leur fonction.

Mon observation est d'autant plus concluante, qu'il n'est pas possible d'expliquer l'apparition subite de la sensibilité par des anastomoses ou par des fibres récurrentes, puisque les deux nerfs qui animent la face palmaire, et qui sont censés se suppléer l'un l'autre, étaient tous deux paralysés. Bien que je ne me sois pas assuré *de visu* de l'état du nerf cubital, au niveau de la blessure, il est certain que ce nerf ne fonctionnait pas, et qu'il ne pouvait aider au rétablissement des fonctions du médian.

Il ne me paraît donc pas douteux que le rétablissement de l'innervation peut suivre immédiatement la réunion chirurgicale d'un nerf coupé.

Si ce phénomène a été aussi rarement observé, c'est qu'il exige pour se produire un ensemble de conditions naguère inconnues et difficiles à réaliser.

1° Il faut, comme l'a dit M. Tillaux, établir bout à bout le contact des tubes nerveux que l'on vient d'inciser par une section très nette ; puis maintenir ce contact par un ou plusieurs fils aseptiques passés à travers les tronçons du nerf, sans léser sa substance ;

2° Il faut que la plaie du nerf et des tissus voisins se cicatrise par première intention, sans inflammation plastique ni suppuration. Il y a quelques années, lorsqu'on ne savait pas se mettre à l'abri de la suppuration des plaies par des pansements antiseptiques, il était presque impossible d'observer le retour immédiat des fonctions nerveuses, parce qu'on n'avait que très exceptionnellement une réunion véritablement immédiate du nerf coupé ;

3° Enfin, il faut que le bout périphérique soit en état de transmettre les impressions nerveuses.

On sait, depuis Waller, que le bout périphérique d'un nerf sectionné s'altère rapidement et perd toutes ses propriétés physiologiques en quatre jours. Au bout de quelques semaines ou de quelques mois, cette dégénération fait place à une régénération qui rend aux tubes nerveux leur structure anatomique normale. En outre, M. Vulpian a prouvé que la régénération se produit alors même que le bout périphérique reste séparé du bout central, phénomène capital pour la question qui nous occupe, car ce bout régénéré doit être apte à remplir ses fonctions, dès qu'on rétablira sa continuité avec les centres nerveux.

Il résulte de ces données physiologiques, que le retour immédiat des fonctions du nerf ne peut avoir lieu que dans deux circonstances : lorsque la suture intervient avant la dégénération du tronçon périphérique, ou après sa régénération complète. Si elle a

lieu pendant la période intermédiaire où le nerf n'a plus son intégrité anatomique, elle est forcément stérile.

Lorsqu'un nerf est sectionné, les physiologistes pensent que la dégénération du segment périphérique est fatale. Mais, avec des précautions antiseptiques minutieuses, les chirurgiens peuvent concevoir un pronostic moins sombre. S'ils pratiquent une suture antiseptique très peu de temps après l'accident, ils peuvent espérer qu'en rétablissant la continuité du nerf par une réunion immédiate des tubes nerveux ils empêcheront la dégénération atrophique du tronçon périphérique et feront réapparaître immédiatement, ou presque immédiatement, ses fonctions d'innervation. Telle est l'explication probable du retour extemporané de la sensibilité, après la suture primitive.

A la vérité, le retour immédiat de l'innervation, après la suture primitive, ne sera jamais qu'un phénomène exceptionnel, parce que le chirurgien est appelé à intervenir toujours trop tard, à un moment où le travail de dégénération est déjà commencé, et il suffit de quelques heures pour que la structure du bout périphérique soit altérée. Mais il n'en est plus de même pour la suture secondaire. Dans ce cas, le chirurgien a devant lui tout le temps nécessaire pour agir. Il doit même attendre plusieurs mois afin d'être sûr que la restauration du bout périphérique est complète. Passé ce délai, non seulement les tubes nerveux du bout périphérique ont leur structure normale, mais encore ils ont récupéré toutes leurs propriétés physiologiques. Il suffit de les mettre en contact avec les tubes du bout central pour que le nerf se mette aussitôt à fonctionner. Ce résultat, que la théorie indique, s'est réalisé un assez grand nombre de fois pour qu'il doive toujours être recherché.

Du fait qui m'est personnel, des faits de M. Tillaux, des faits cités par Wolberg (*Deutsche Zeitschrift für chirurgie*, *Band* XVIII, p. 293 et 484, et *Band* XIX, p. 82 ; 1884), par M. Chaput (*Archives générales de médecine*, août 1884), et récemment encore par M. Hermann (de Mulhouse), on doit conclure que le retour immédiat, ou presque immédiat, des fonctions d'un nerf, après la suture de ses deux bouts, n'a rien de chimérique.

La suture primitive du nerf dans la plaie doit être faite aussi hâtivement que possible. Si elle intervient avant le moment inconnu où la dégénérescence du bout périphérique a commencé, elle peut réussir à faire renaître immédiatement les fonctions du nerf.

Lorsque, à la suite d'une blessure complètement cicatrisée, les fonctions du nerf ne sont pas revenues, et lorsqu'il s'est écoulé assez de temps pour la restauration du bout périphérique, il est formellement indiqué de mettre les bouts du nerf à nu, de les

aviver et de les suturer. Cette suture secondaire, faite avec toutes les précautions antiseptiques, s'accompagnera souvent du retour immédiat des fonctions nerveuses.

Discussion.

M. Reclus. D'après M. Polaillon, M. Vulpian admettrait la régénération autogénitique des nerfs après leur section, et il s'appuie sur ce fait de physiologie pathologique pour expliquer l'histoire de sa malade. Je me permettrai de lui faire observer que M. Vulpian a renoncé complètement à cette explication.

C'est bien avec un morceau périphérique dur et transformé en tissu fibreux que M. Pollaillon a soudé le bout central vivant. Il y a là un paradoxe chirurgical, jusqu'ici inexplicable, quand on voit la neurilité reparaître dans le bout périphérique fibreux, sans filets nerveux bien définis. Cependant, les faits observés sur le vivant sont assez restreints ; cè conducteur fibreux sert à transmettre le courant nerveux. L'explication rationnelle seule nous échappe encore.

M. Polaillon. Je ne nie pas ce que vient d'avancer M. Reclus. Cependant, d'après les expériences de M. Vulpian, nous savons que l'extrémité périphérique d'un nerf coupé reprend, au bout d'un certain temps, ses propriétés de neurilité et peut produire des secousses dans les muscles qui lui correspondent, quand on l'excite d'une facon quelconque.

Qu'il y ait là une régénération complète, incomplète ou même nulle des tubes nerveux, le fait n'en est pas moins réel et facile à constater. Ainsi s'explique très bien la reprise de la conductibilité d'un nerf quand, après quelque temps, on joint le bout central au bout périphérique. Cela est indiscutable, quoique difficile à expliquer.

M. Reclus. J'admets les faits, comme M. Pollaillon, mais je ne partage pas l'explication qu'il nous donnait dans sa communication.

Présentation de pièces.

Double pyo-salpingite.

M. Terrillon présente deux trompes utérines volumineuses oblitérées, remplies de muco-pus, accolées à l'ovaire et au

bassin. Elles furent enlevées par la laparotomie. Un ovaire contenait des petits foyers purulents, l'autre était transformé en un volumineux kyste sanguin.

Cette opération fut pratiquée le 22 mai, sur une jeune femme de 20 ans.

Les phénomènes douloureux et la pelvi-péritonite suivant antécédents remontait à l'âge de 17 ans, à la suite d'une couche laborieuse. La malade est guérie.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,

TERRILLON.

Séance du 1er juin 1887.

Présidence de M. LANNELONGUE.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine,

2° M. DESPRÉS demande un congé pour la durée de la session du Conseil municipal ;

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, pour la durée du concours des hôpitaux ;

MM. ROUTIER et REYNIER demandent à être inscrits sur la liste des candidats à la place de membre titulaire vacante.

Suite de la discussion sur la suture des nerfs.

M. POLAILLON. Je désire ajouter quelques mots à propos de ma communication sur la suture des nerfs.

Les expériences de M. Vulpian, dont j'ai parlé dans la dernière séance, ne sont nullement infirmées par ses constatations ultérieures. Elles nous ont montré que le bout périphérique d'un nerf

coupé pouvait, après quelque temps, transmettre les excitations motrices aux muscles auxquels il se distribue. Ces expériences ont été faites sur l'hypoglosse, sur son bout périphérique séparé du trone central.

Arloing et Tripier ont expliqué cette conductibilité du bout périphérique, par la constatation et la persistanee de fibres récurrentes dans cette partie du nerf.

Ranvier, étudiant l'histologie de ces nerfs, a démontré que la dégénérescenee wallérienne était complète et absolue. Pour lui, il n'y a aucune raison pour que ees fibres dégénérées puissent recouvrer leur propriété principale, qui est de conduire les exeitations motrices et sensitives. Cependant cette constatation expérimentale et physiologique n'est pas en rapport avec les faits.

Les faits de M. Tillaux, d'autres publiés à l'étranger et le mien, prouvent que cette conductibilité peut se rétablir.

J'ajouterai que ces contradictions n'ont qu'une importance médiocre pour le chirurgien, qui n'a qu'un but quand il réunit les deux bouts d'un nerf eoupé, c'est d'obtenir le rétablissement des fonctions de ce nerf. Si l'expérienee lui prouve que ce rétablissement a lieu, il ne doit pas hésiter à pratiquer cette réunion, après un temps quelconque écoulé depuis la seetion.

Quand on pratique l'opération, on est frappé de ce fait que le bout périphérique est jaunâtre, mais non fibreux et cicatrieiel, et on a la notion que ce nerf n'est pas dégénéré eomplètement, il a conservé son apparence à peu près normale.

Dans ce cas, peut-on dire qu'il y a recollement des deux bouts au point de vue anatomique et physiologique? Je ne puis l'affirmer. M. Vulpian s'est réservé à ce sujet; Ranvier nie une pareille réunion et la considère comme impossible.

Cependant Bakowiecki et Gluck ont cité des faits dans lesquels le rétablissement de la fonction a été très net, et ils pensent que la réunion immédiate peut empêeher la dégénéreseenee wallérienne de se faire dans le bout inférieur. Comment expliquer alors la reproduction de la fonction lorsque la réunion n'est faite qu'après cinq, six mois et même plus après la section, surtout quand cette fonction se rétablit comme dans mon observation, trois heures après la réunion.

Cette explication nous échappe.

M. Trélat. Malgré cette eontradiction entre les faits observés et l'explication physiologique, il y a là un phénomène certain et bien observé, qui demande de nouvelles reeherches.

M. Reclus. On trouve dans un des faits de M. Tillaux un résultat qui n'est pas niable. M. Ranvier a examiné un morceau du bout

périphérique depuis longtemps séparé de son bout central. Or, il n'a rencontré dans ce bout aucun tube nerveux sain. Le tissu fibreux seul existait, donc le paradoxe chirurgical que je signalais dans la dernière séance reste absolu.

J'ai rassemblé 24 cas semblables publiés dans la science. L'expérimentation et la physiologie ne donnent nullement la clef de ce phénomène.

M. Kirmisson. Dans le cas de M. Pollaillon on peut remarquer que la réunion des deux bouts ne constitue pas seule le fait le plus important. En effet, ici la réunion des deux bouts du médian a ramené la sensibilité dans le territoire du nerf cubital, sectionné lui-même, mais dont les bouts n'avaient pas été réunis. Il y a donc là un empiètement réciproque des deux territoires nerveux l'un sur l'autre, inexplicable par la physiologie.

M. Le Fort. Il semble qu'il se passe ici quelque chose d'analogue au rapprochement de deux fils électriques mis en contact. La soudure n'est pas nécessaire, le contact suffit et la conductibilité se rétablit.

M. Segond. J'ai observé, il y a un an, une jeune fille chez laquelle il y eut section du médian, du cubital et des tendons voisins, au niveau du poignet. Une heure après l'accident, je constatai l'anesthésie complète dans la zone innervée par ces deux nerfs.

Je fis la suture des deux nerfs et la réunion aussi parfaite que possible. Un quart d'heure après, la sensibilité avait reparu dans les deux zones. Il y a donc eu ici une restitution instantanée.

La plaie guérit par première intention. Depuis un an, la sensibilité est intacte, et n'a pas varié; mais les muscles innervés par les nerfs coupés sont atrophiés. La nutrition et la motricité de la zone innervée par ces nerfs a beaucoup souffert. Pour les fonctions de ces parties, les choses se sont passées comme si les nerfs n'avaient pas été soudés.

M. Polaillon. Je demande à ajouter quelques détails. Le bout périphérique d'un nerf coupé ne perd pas absolument tous ses éléments nerveux et ne devient pas exclusivement fibreux. M. Ranvier lui-même a trouvé que par l'emploi de l'acide osmique on trouve encore les réactions caractéristiques du tissu nerveux.

Donc, quoique le nerf ne soit pas un nerf parfait, il conserve encore quelque propriété nerveuse et peut servir de conducteur.

Tel est le point essentiel pour le chirurgien qui pratique la réunion des deux bouts.

Pour revenir à mon observation, je pense que si la fonction du cubital est revenue tardivement, cela prouve que la réunion avait

eu lieu au moment de ma première opération ; mais la fonction n'a reparu que lorsque le médian a été réuni. A ce moment, les anastomoses entre les deux nerfs eussent pu avoir une influence sur le rétablissement de la conductibilité.

J'ajouterai encore un mot. J'ai constaté que la sensibilité ainsi récupérée avec la réunion des nerfs coupés n'est pas absolument semblable à celle qu'on obtient par les moyens ordinaires.

La sensibilité électrique est nulle.

La sensibilité à la douleur est intacte, mais celle au contact est diminuée. Enfin, l'éminence thénar est atrophiée, mais l'éminence hypothénar ne l'est pas entièrement, ce qui me fait supposer que le cubital a dû se régénérer.

M. Segond. J'ai omis de donner quelques détails importants de mon observation.

Après la section, avant la suture, j'ai pincé les bouts des nerfs ; or, j'ai provoqué de la douleur sur le bout supérieur, mais le bout inférieur n'était nullement sensible.

Il n'y avait donc pas là de fibres récurrentes admises par quelques auteurs.

Je ne dis pas qu'il y ait eu réunion immédiate, cela me semble peu probable, mais j'affirme qu'il y a eu chez ma malade une influence manifeste du simple contact des deux bouts.

Suite de la discussion sur l'obstruction intestinale.

M. Terrier. Si je prends la parole dans cette discussion, c'est avec juste raison. M. le professeur Le Fort a fait appel au témoignage des chirurgiens qui ont fréquemment l'occasion de pratiquer la laparotomie et qui regardent cette opération comme d'une innocuité relative, bien entendu.

Lorsque le chirurgien se trouvera en présence d'accidents d'étranglement interne ou d'obstruction intestinale, il devra s'efforcer de faire un diagnostic ; cette proposition *classique* est d'ailleurs plus facile à formuler qu'à mettre en pratique, quoi qu'on puisse dire, et il n'est pas un seul de nous qui n'ait commis des erreurs de diagnostic à ce sujet.

Je n'ai pas à discuter ici les éléments de ce diagnostic, c'est là une question tout à fait distincte de celle qui se traite aujourd'hui à la Société, la véritable discussion portant sur *le mode d'intervention chirurgicale.*

Quand on a formulé un diagnostic, il faut intervenir, soit en faisant la laparotomie, soit en ouvrant l'intestin et constituant un anus contre nature.

Ici encore, il reste à déterminer le point où doit être fait l'anus contre nature, d'après le siège de l'obstacle. Selon les cas et toujours dans l'hypothèse d'un diagnostic exact, il faudra ouvrir l'S iliaque, le côlon descendant, le cæcum, voire même l'intestin grêle, ce qui est plus rare. Accessoirement, il faudra même se décider pour l'anus lombaire ou iliaque dans les altérations organiques siégeant vers la partie supérieure du rectum. Tandis que M. le professeur Verneuil conseille l'anus iliaque, nous voyons M. le professeur Trélat préconiser l'ouverture lombaire de l'intestin. C'est encore un point qu'il ne faut pas discuter ici, la question étant plus générale et ne comportant pas ces détails en quelque sorte secondaires.

Mais si nous supposons que les accidents dits d'étranglement ne peuvent être attribués à une cause connue, en d'autres termes si le diagnostic n'est pas formulé, faut-il, comme le dit M. le professeur Verneuil, se borner à traiter l'accident principal, la rétention des matières de gaz, ou bien, comme tend à le conseiller M. le professeur Trélat, et comme le conseille très nettement M. le professeur Le Fort, doit-on faire la laparotomie. Nous n'hésitons pas à nous prononcer en faveur de cette dernière intervention, qui dans deux cas nous a donné deux remarquables succès : les observations ont été communiquées à la Société en 1878 et 1879 [1].

Dans ces circonstances, lorsqu'on fait la laparotonie, elle peut donner trois résultats :

Tantôt le résultat est négatif, en ce sens qu'on ne peut trouver la cause de l'arrêt des matières et des gaz.

Tantôt cette cause mécanique est nettement déterminée.

Tantôt enfin l'opération fait constater une erreur de diagnostic, par exemple l'affection n'est autre qu'une péritonite aiguë ou chronique, le plus souvent suppurée.

Dans le premier cas, après une exploration minutieuse de la cavité péritonéale, si on ne trouve rien qui puisse expliquer les accidents, et le fait n'est pas absolument rare (pseudo-étranglements d'Henrot, revus par Thibierge), il faut fermer le ventre et faire un anus contre nature, sur le gros intestin autant que possible. C'est la pratique que nous avons conseillée à notre collègue et ami Berger dans un cas où nous avions l'honneur de l'assister; il s'agissait d'un étudiant en médecine. Ce sont ces faits qui justifient les manœuvres médicales : électricité, lavements, injection, etc., qu'on doit toujours utiliser avant toute intervention, sans d'ailleurs perdre de temps.

[1] *Bull. et mém. de la Soc. de Chir.*, t. IV, p. 361, 1878, et t. V, p. 564, 1879.

Dans le dernier cas, si on trouve une péritonite, et il s'en faut aussi que le fait soit bien rare, comme me le faisait remarquer notre collègue Segond, il est tout indiqué d'évacuer le pus et de laver la cavité péritonéale avec de l'eau bouillie ou stérilisée, ce qui serait préférable. Ici la laparotomie est parfaitement logique, et c'est la seule intervention qui soit possible pour sauver le malade; je n'ai pas, je crois, à en discuter l'opportunité : elle me paraît acceptée par la plupart des chirurgiens au courant des idées nouvelles.

Enfin, lorsque la laparotomie a permis de découvrir la cause mécanique de l'obstacle au cours des matières, on se trouve dans les conditions d'un diagnostic absolument exact, ou presque exact, mais avec une ouverture abdominale en plus.

L'obstacle est-il une hernie interstitielle, une bride, etc., en d'autres termes peut-il être enlevé par une manœuvre opératoire relativement facile, la laparotomie est absolument justifiée, nous n'avons pas à y insister.

Mais l'obstacle ne peut-il être enlevé, ou bien cet enlèvement, nécessiterait-il une opération longue, difficile, à laquelle le patient ne paraît pas pouvoir résister, telle par exemple l'ablation d'une tumeur de l'intestin, il faut faire un anus contre nature et refermer la cavité abdominale.

A cet égard, deux méthodes peuvent être utilisées : si l'obstacle siège haut, sur l'intestin grêle, l'anus contre nature devant être fait au-dessus de lui, on peut le placer à la partie inférieure de la suture qui réunit les parois abdominales de la laparotomie.

Mais l'obstacle existe-t-il sur le gros intestin, alors l'anus contre nature nous paraît devoir être pratiqué, selon le siège de la lésion, soit sur l'S iliaque, soit sur le côlon descendant, soit enfin sur le cæcum. Dans ces cas, j'ai toujours l'habitude de faire l'anus contre nature latéral, avant de refermer la cavité abdominale sur la ligne médiane. Grâce à cette manière de procéder, les manœuvres sont simplifiées, et je puis très facilement placer la partie de l'intestin que je désire au contact du point où j'ai fait l'incision abdominale latérale. Souvent même, cette anse fixée, je ne l'ouvre qu'ultérieurement, le fait même de la laparotomie, surtout lorsqu'elle est accompagnée d'une évacuation du contenu de l'intestin, comme dans l'observation suivante, faisant cesser les accidents aigus et permettant d'attendre.

Telles sont, messieurs, les grandes lignes de conduite que j'ai l'habitude de tenir dans les étranglements internes ou les obstructions intestinales. Est-ce à dire qu'il ne faille pas transiger quelque fois, certainement non, et l'état général du malade auprès duquel

Paris. — Société d'Imp. PAUL DUPONT (Cl.) 42.7.87. *Le Gérant :* G. MASSON.

on est appelé, la durée des accidents, doivent entrer en ligne de compte dans les déterminations du clinicien.

Si en effet, le chirurgien est appelé auprès d'un malade en proie à des accidents d'étranglement ou d'obstruction déjà anciens, contre lesquels on a — comme cela arrive trop souvent — utilisé tous les purgatifs salins et drastiques, si, en outre, l'état général est fort grave, dans ces cas je crois plus prudent de ne pratiquer qu'une opération palliative, l'anus contre nature. Mais, il faut bien le dire, cette opération est nécessitée par des circonstances spéciales indépendantes du chirurgien, auxquelles il doit se soumettre, tout en la regrettant.

C'est qu'en effet toute la thérapeutique chirurgicale de l'étranglement surtout et de l'obstruction ensuite, doit être discutée et faite rapidement, comme pour les accidents des hernies abdominales; c'est seulement à ce prix qu'on obtiendra des succès, et encore à la condition d'utiliser les méthodes aseptiques ou antiseptiques les plus rigoureuses.

L'observation dont j'ai l'honneur de vous soumettre un résumé, d'après les notes de mon ami et interne M. le Dr Hallé, médaille d'or des hôpitaux, est un exemple très net des difficultés du diagnostic et de l'intervention chirurgicale.

Bien que le malade ait succombé, au bout d'une dizaine de jours, je crois la conduite que j'ai suivie entièrement indiquée et d'accord avec les règles tracées plus haut, dans cette courte communication.

Observation. — *Cancer de l'estomac. — Adhérences, perforation et rétrécissement du côlon transverse consécutifs. — Phénomènes d'obstruction intestinale. — Laparotomie, anus contre nature cæcal, mort au 10e jour. — Péritonite suppurée.*

R... (Jules), 44 ans, m'est adressé par le Dr Boularan (de Gaillon), et entre à l'hôpital Bichat le 19 janvier 1887.

Jusqu'en 1883, cet homme, qui n'a aucun antécédent tuberculeux ou cancéreux, a joui d'une bonne santé. Pas de syphilis, un peu d'alcoolisme. Il y a quatre ans : troubles de l'estomac, vomissements, pituites, surtout le matin. En 1885, les forces diminuent, et, à la fin de cette année, l'appétit devient capricieux et l'état s'aggrave. En 1886 (février), douleurs abdominales, coliques intermittentes. Une saison à Vichy ne fait rien au malade, et, vers août, les vomissements devenant plus fréquents, on lave l'estomac. Le 2 octobre 1886, mœlena, suivi de ballonnement du ventre et de constipation rebelle; en fait, accidents d'occlusion durant 6 semaines et suivi d'une débâcle.

Depuis, appétit très irrégulier, constipation habituelle, avec des interruptions d'accidents diarrhéiques; vomissements; une fois après le lavage de l'estomac, le malade aurait vomi un demi-verre de sang.

A son entrée : facies pâle et amaigrissement très accusé. L'ex-

ploration de la région de l'estomac ne fournit aucun renseignement; la percussion donne une sonorité exagérée et la palpation un clapotement très net; l'épigastre est bombé. On pense à une néoformation profonde avec dilatation stomacale et on prescrit un régime relativement sec, du lait et de l'eau de Vichy. Les urines sont rares, 5 à 600 grammes dans les 24 heures. Elles renferment 31 grammes d'urée et 0gr,48 d'acide urique par litre, pas de sucre ni d'albumine.

Jusqu'au 10 février, état stationnaire, il y a plutôt de l'amélioration, car, le 30 janvier, le malade a augmenté de 1kg500 depuis son entrée.

Dans le but d'éclaircir le diagnostic, on examine régulièrement le contenu stomacal, soit que le patient reste à jeun, soit qu'il ait pris du lait et de l'eau de Vichy, ou du bouillon. C'est à l'aide du tube de Faucher qu'on obtient le liquide gastrique. Or, dans la plupart des cas, le liquide était neutre et ne renfermait pas de traces d'acide chlorhydrique.

Ce fait, d'accord avec les assertions de notre ami et collègue des hôpitaux, le Dr Debove, plaidait en faveur d'une néoformation stomacale.

Mais il restait un phénomène assez inexplicable, à savoir : les troubles de l'intestin et les alternatives de diarrhée et de constipation. Dès que le malade a mangé, il souffre de l'estomac et du ventre, et celui-ci se ballonne et devient très douloureux; la palpation fait constater des borborygmes et des contractions intestinales douloureuses, appréciables à la vue, comme dans la péritonite tuberculeuse ou chronique. Il y a de la diarrhée. La diarrhée cesse-t-elle, les douleurs sont bien plus intenses, le ballonnement augmente et les contractions sont plus énergiques. D'ordinaire, les coliques surviennent après le repas et cessent dès que le malade a été à la selle.

En fait, on soupçonne l'existence d'un obstacle au cours des matières du côlé du gros intestin, le côlon transverse étant dilaté.

11 *et* 12 *février*. Le malade accuse de plus vives douleurs, il y a du ballonnement et seulement une selle normale chaque jour.

13 *février*. Coliques, ballonnement fort accusé, surtout du côté du gros intestin qui se dessine nettement sous les téguments au-dessous de l'épigastre et dans sa partie transversale. Pas de selles, pas d'évacuations gazeuses par l'anus, éructations fétides, nausées et inappétence.

Le toucher rectal donne peu de renseignements ; on n'y sent pas de tumeur, mais de larges replis muqueux comme invaginés.

14 *février*. État général grave; pas de selles, quelques gaz sont rendus par l'anus, distension du ventre, coliques avec gargouillements très sonores; les anses intestinales se dessinent en se contractant. Nausées, inappétence, urines rares (300 grammes en 24 heures).

15 *février*. Même état, les gaz n'ont plus été rendus. Le malade ne peut prendre aucune nourriture. On essaye l'électrisation de la paroi avec les courants interrompus, les douches rectales, enfin les lavements électriques (courants continus) sans résultats.

Injection de morphine de 1 centigramme.

Pouls assez bon. T. 38° et 37°,5.

16 *février*. État stationnaire. T. 37°,4 matin et soir. Injection de morphine par 1/4 de centigramme.

17 *février*. Même état. L'intervention est décidée, la rétention absolue des matières et des gaz indiquant un obstacle siégeant soit sur la partie supérieure du rectum, soit sur l'iliaque, le côlon transverse étant encore fort dilaté par des gaz.

Après avoir entouré le malade d'ouate et de linges chauds, et après l'avoir anesthésié, on fait une incision médiane sous-ombilicale et de peu d'étendue, permettant d'abord l'introduction d'une main. Il s'écoule un peu de sérosité péritonéale claire, et on voit aussitôt les anses d'intestin grêle très congestionnées et distendues par des gaz.

La main, introduite dans l'abdomen, permet de constater que l'S iliaque est aplatie et vide; ou s'assure que la partie supérieure du rectum est libre en faisant pratiquer le toucher rectal par un aide, pendant que la main intra-abdominale est dirigée du côté du petit bassin.

En remontant, on s'assure avec un peu plus de peine que le côlon descendant est vide et aplati. On ne peut aller plus haut à cause de la distension des anses de l'intestin grêle. Celles-ci sont amenées hors du ventre par l'incision médiane agrandie par en haut jusqu'au-dessus de l'ombilic; on les examine avec soin et on les enveloppe de linges phéniqués chauds.

Introduisant de nouveau la main dans l'abdomen et remontant tout le long du côlon descendant, on peut alors sentir très nettement une tumeur irrégulière, dure, du volume du poing, adhérente aux parties voisines et située à l'union du côlon transverse très dilaté et du côlon descendant absolument vide.

On diagnostique donc un cancer du gros intestin, donnant lieu aux accidents d'occlusion actuels; cancer adhérent aux parties voisines et d'une extirpation trop difficile pour la tenter. Il faut donc établir un anus contre nature. Mais, tout d'abord, il s'agit de rentrer l'intestin grêle, ce qui est absolument impossible sans une intervention spéciale. Une première ponction est pratiquée, sur une anse dilatée, avec le trocart moyen d'un aspirateur Dieulafoy. Cette ponction donne issue à une très notable quantité de gaz, et l'intestin s'affaisse sur une grande étendue, contrairement à notre attente. L'ouverture du trocart est alors fermée avec un point de catgut fin et on peut réduire une bonne partie de la masse formée par les anses de l'intestin grêle. Malheureusement, il reste encore une assez grande longeur d'intestin non réduit et contenant, non plus des gaz, mais un liquide blanchâtre. Pour vider cet intestin, j'y fis une section transversale de 1 centimètre et demi de longueur à l'aide d'un coup de ciseaux. Il s'écoula plus d'un litre de liquide sirupeux et blanchâtre, sans odeur. L'anse complètement vidée, fut suturée avec quatre points séparés de catgut fin, bien nettoyée et réduite facilement.

C'est alors que j'établis l'anus artificiel sur le cœcum, ce qui s'imposait vu le siège de l'occlusion et, à cet effet, j'incisai la paroi de

dedans en dehors. Le cœcum fut fixé par des points séparés de catgut à la paroi abdominale et l'intestin ne fut pas ouvert de suite.

Sutures profondes de la plaie médiane avec du fil d'argent; et suture avec les crins de Florence pour les parties superficielles.

L'opération conduite avec de nombreuses précautions antiseptiques a duré une heure et a été faite sous le spray.

Gaze iodoformée sur la plaie médiane suturée et sur la plaie latérale. Pansement de Lister, ouate et compression.

Les suites furent d'abord très simples. Pas de choc traumatique, pas de vomissements, urines rares (200 grammes). T. 37°,8 le soir. Injection morphinée.

18 *février*. T. 38°,4 et 38°. Pas de selles, ni de vomissements. Gaz par l'anus. Pas de douleurs. *Ut suprà*.

19 *février*. Pansement. Le cœcum est ouvert par une petite incision; on y introduit un tube à drainage pour maintenir l'ouverture. T. 37°,4 matin et soir. 500 grammes d'urine. Pas de coliques ni de vomissements.

20 *février*. Pansement. Le drain est rempli de matière grisâtre, pâteuse. T. 37° et 37°,4. 500 grammes d'urine.

21 *février*. Pansement. Le malade se sent très bien. Rien ne sort par l'anus artificiel,

22 *février*. Alimentation lactée. Quelques gaz sortent par l'anus cœcal. 400 grammes d'urine. Même état satisfaisant.

23 *février*. Dans la nuit, subdelirium et le malade se lève seul. Le matin, ballonnement du ventre et douleurs, rétention d'urine. 500 grammes d'urine. T. 37°8 et 38°. Toujours rien par l'anus cœcal.

24 *février*. Facies altéré, pouls petit. T. 38° et 38°6. Quelques matières pâteuses et jaunâtres sont dans le pansement.

25 *février*. Altération des traits, subdelirium. T. 38° et 38°,4. Le soir, évacuation abondante de matières jaunes et bilieuses par l'anus cœcal. 350 grammes d'urine.

26 *février*. Délire, ballonnement du ventre, facies péritonéal. Les évacuations continuent. T. 38° et 38°,6.

27 *février*. Le malade meurt le matin, soit dix jours après avoir été opéré.

L'autopsie fut faite par M. Hallé. Il y avait une péritonite suppurée généralisée.

Les anses intestinales distendues et violacées sont agglomérées par des exsudats fibrino-purulents, par places, petites collections purulentes enkystées. Il n'y a pas trace d'épanchement stercoral dans le péritoine.

La plaie médiane de la laparotomie est entièrement réunie, par sa partie profonde elle est lisse et les fils laissés en place sont recouverts d'un exsudat lisse.

L'anus artificiel siège sur la face antérieure du cœcum ; il est entouré d'adhérences celluleuses et solides.

Le côlon descendant et l'S iliaque sont vidés et aplatis; l'intestin grêle est distendu par un liquide brun jaunâtre peu épais.

Le cœcum et les côlons ascendant et transverse contiennent des matières fécales pâteuses et colorées par la bile.

La tumeur, constatée après la laparotomie, siège bien sur le côlon transverse, à son angle avec le côlon descendant. Elle est formée à la fois par le côlon, le graud épiploon et l'estomac, le tout constituant une masse indurée et adhérente. Après dissection et ablation de l'épiploon, on constate une adhérence intime entre le côlon et la grande courbure de l'estomac : à ce point de jonction existe une masse indurée annulaire, qui constitue la majeure partie de la tumeur.

L'estomac est petit, rétracté, à parois épaisses et à muqueuse très plissée; sur la face antérieure de la grande courbure, existe une ulcération arrondie laissant passer le doigt et entourée d'une induration annulaire. C'est cette ulcération qui s'ouvre dans le côlon transverse, intimement adhérent à la néoformation stomacale.

Du fait de cette adhérence et de l'envahissement des parois du gros intestin par la néoformation, il résulte un rétrécissement intestinal très dur et très serré, laissant passer avec peine le petit doigt. De plus, à cet endroit, il y aurait une sorte de coudure, ce qui devait accroître l'obstacle au cours des matières.

Au-dessus du rétrécissement, le côlon est très distendu et aminci ; au-dessous, il présente son calibre normal et est vide.

Dans le but de découvrir la cause possible de la péritonite, l'intestin grêle est examiné dans toute sa longueur et les anses sont débarrassées de leurs exsudats fibrineux.

En un point, on constate une petite perforation, grosse comme une tête d'épingle et qui, peut-être, correspond à la ponction faite avec le trocart. En tous cas, il n'y a plus trace du fil de catgut.

On retrouve avec peine le point où l'intestin a été ouvert. La cicatrice est presque complète, un point seulement est aminci et perforé, encore cette perforation punctiforme est-elle plus petite que celle de la ponction. Trois des fils de catgut ont disparu, il reste un fil de soie utilisé par erreur, au lieu de catgut.

Du reste, les exsudats fibrineux oblitéraient certainement ces petites perforations, car il n'y avait aucune trace d'épanchement intestinal et ces perforations minuscules n'ont pu être découvertes qu'après séparation des anses et examen très minutieux.

Les reins, la rate et le foie sont sains.

Il y avait de la congestion et de l'œdème aux deux bases pulmonaires.

On voit par cette observation combien, malgré des recherches méthodiques, il est difficile de formuler un diagnostic exact. Les troubles de la digestion, les vomissements, les mœlena et enfin l'examen du suc gastrique faisaient bien penser à un cancer de l'estomac. Mais quel rapport établir entre ce cancer et des accidents d'étranglement ou plutôt d'obstruction intestinale, paraissant siéger assez loin sur l'intestin? L'absence de toute tumeur appréciable au toucher n'a pu conduire à cette idée qu'il existait une

relation entre le cancer stomacal et l'obstruction intestinale.

Voilà pour le diagnostic avant l'intervention. Mais celle-ci faite, c'est-à-dire tenant entre les doigts la masse morbide, il m'a été impossible, au fond de l'hypochondre gauche, de déterminer ses connexions avec l'estomac. Je l'ai jugée adhérente et inopérable, mais c'est tout.

Je n'insiste pas sur ce traitement chirurgical, il est conforme aux idées que j'ai exposées au début de cette communication.

Deux points méritent une attention : c'est d'une part; la nécessité dans laquelle je me suis trouvé d'ouvrir largement l'abdomen et de retirer les anses intestinales pour faire mon diagnostic de la tumeur du côlon. D'autre part, l'utilité des ponctions et même des incisions pour vider l'intestin amené au dehors et distendu par des gaz ou des matières. Sont-ce ces lésions mal cicatrisées qui se sont dissociées lorsque le malade s'est levé le 5e jour, ou bien la péritonite s'est-elle déclarée par suite d'une asepsie opératoire incomplète? Je ne puis le dire exactement, mais j'inclinerai plutôt vers cette seconde interprétation.

En tout cas, messieurs, j'ai cru utile de vous communiquer ce fait, à cause de ses difficultés de diagnostic, et du traitement complexe que j'ai dû instituer, traitement que j'ai cru devoir réussir pendant les 6 premiers jours qui ont suivi l'intervention.

M. Bouilly. J'ai observé dernièrement un cas intéressant pour l'histoire de l'obstruction intestinale.

C'était un homme de 48 ans, qui présentait des symptômes intestinaux faisant soupçonner un cancer de l'S iliaque. Il avait beaucoup maigri.

Depuis trois semaines, il avait des accidents lents d'obstruction, ne rendant ni gaz ni matières et ayant le ventre ballonné.

Je fis quelques ponctions qui vidèrent l'intestin et soulagèrent le malade momentanément. M. Potain admit une invagination chronique.

En présence de la persistance des accidents, je pratiquai un anus sur le cœcum. Celui-ci fut difficile à établir à cause de la distention des anses intestinales.

Aussitôt des matières sortirent en abondance et le malade fut soulagé. Depuis, cet anus fonctionne mal, il se rétrécit, la muqueuse intestinale fait hernie. Le bout inférieur du gros intestin se vide mal, la preuve en est fournie par ce fait, qu'il a rendu des pepins de raisin qu'il avait avalés plus de cinq mois auparavant.

De temps en temps, il se produit des phénomènes d'engorgement, qui cèdent à des lavages abondants.

La discussion est close.

Rapport

Sur le traitement des fractures par le massage à propos d'une observation de M. Ovion (de Boulogne) intitulée : *Fracture de la malléole interne ; diastasis péronéo-tibiale ; luxation de l'astragale par renversement ; réduction ; massage*, et d'une observation du Dr Franc (de Sarlat), intitulée : *Fracture du tibia au tiers inférieur ; massage ; marche facile le 25e jour.*

Rapport par le Dr Just Lucas-Championnière.

Lorsque j'ai fait à la Société de chirurgie ma communication sur le traitement des fractures par le massage, je me suis attaché surtout au traitement des fractures du radius et du péroné. Cependant je vous avais déjà fait remarquer que le massage avait beaucoup d'autres applications. Non seulement c'est un excellent traitement secondaire qui peut assouplir rapidement les articulations compromises par les épanchements et l'immobilité, mais primitivement il peut être appliqué avec beaucoup d'avantages à des fractures récentes, malgré un certain degré de mobilité. L'immobilisation succédant aux massages forme une combinaison très heureuse pour le traitement. Le massage, non seulement n'entrave pas la consolidation, mais il la favorise.

Quelques-uns de nos collègues m'ont suivi dans cette voie, puis de jeunes chirurgiens se sont mis à la tâche et vous avez reçu récemment deux observations très intéressantes, sujets de ce rapport. La première est intitulée :

Fracture de la malléole interne. — Diastasis péronéo-tibial. — Luxation de l'astragale par renversement. — Réduction. — Massage. — Guérison rapide, par le Dr Ovion (de Boulogne-sur-Mer).

Le 19 novembre 1886, à 8 heures et demie du matin, le nommé Félix E..., infirmier, âgé de 32 ans, était monté sur une échelle à la hauteur de 3 mètres. L'échelle glissa sur le parquet et E..., croyant éviter la ehute, sauta de la hauteur d'un mètre environ. Il tomba sur le eôté droit, le pied du même eôté pris sous l'un des montants de l'échelle, la faee plantaire tournée en dedans. Il n'entendit aucun craquement mais ressentit une douleur très vive au niveau de la malléole interne et aussi en avant du pied entre les deux ehevilles. Il lui était inpossible de marcher, le moindre attouchement déterminait une douleur aiguë.

Je vis le blessé à 9 heures, une demi-heure après l'accident. Je constatai une déviation du pied qui était en adduetion forcée, la plante regardant presque direetement en dedans. La malléole interne était le siège d'un gonflement assez marqué. Une saillie anormale existait en avant

du cou-de-pied dont le diamètre transversal était notablement augmenté.

On déterminait trois maximums de douleur très nets. Le premier sur le tibia, immédiatement au-dessus de la malléole, le deuxième sur le péroné à environ un travers de main au-dessus de la malléole, le troisième au niveau de la saillie anormale. Celle-ci était constituée par une tumeur osseuse dont la partie supérieure était interposée entre les extrémités des deux os de la jambe. La peau était modérément tendue sur elle. Les contours étaient surtout nets en avant et en dehors. La saillie en avant du bord antérieur de la malléole externe était de 3 centimètres et demi environ. Elle offrait deux surfaces, l'une externe, plane, regardant directement en dehors ; l'autre antérieure, courbe dans le sens antéro-postérieur. Ces deux surfaces étaient séparées par une crête mousse un peu saillante. Du côté interne, la délimitation ne pouvait se faire ; elle était rendue difficile en partie par les tendons extenseurs qui passaient en cet endroit et en partie par le gonflement.

Aux points douloureux du tibia et du péroné, on ne determinait aucune crépitation. La malléole interne était déjetée en dedans formant un angle ouvert en haut et en dedans avec le corps de l'os. Il n'existait aucune mobilité anormale dans la jambe.

Les mouvements communiqués étaient très limités et extrêmement douloureux. En les exécutant, on percevait une grosse crépitation.

Je portai le diagnostic de fracture de la malléole interne avec luxation partielle de l'astragale en haut et en avant. Malgré le point douloureux très limité siégeant sur le péroné, je n'admis pas de fracture, ou tout au moins de fracture complète de cet os, n'ayant pas constaté dans la jambe de mobilité anormale ; je pensai plutôt que cette douleur s'expliquait par la diduction considérable des os de la jambe.

Le blessé fut immédiatement chloroformé. La réduction s'opéra très facilement avec le claquement caractéristique. La manœuvre employée fut la suivante :

Traction directe sur le pied ramené dans l'axe du membre et maintenu en extension et refoulement simultané de l'astragale en bas et en arrière avec les deux pouces.

Une forte attelle plâtrée en étrier fut appliquée sur le membre réduit. Le lendemain je plaçai la jambe dans le chariot de Van Wagener.

Les jours suivants, pas de douleurs. Le blessé remue la jambe dans son chariot sans éprouver la moindre souffrance.

Le 29 novembre (10e jour), je lève l'appareil. Le pied n'offre aucune déformation. Le gonflement de la malléole interne a notablement diminué. Une forte ecchymose occupe les régions latérales du pied et de la jambe. Les points douloureux sur le tibia et sur le péroné existent toujours ; il n'y a plus de douleur vive au cou de-pied.

Je pratique le massage sur les deux malléoles et sur la jambe pendant cinq minutes, il est assez douloureux. Je communique aussi à l'articulation tibio-tarsienne de légers mouvements de flexion et d'extension qui ne provoquent pas de douleur.

Le 31 novembre, nouveau massage de 10 minutes, mieux supporté et mouvements communiqués.

Les 3, 7, 10 et 13 décembre, nouveau massage de 10 minutes également mieux supporté; mouvements communiqués. Le blessé remue lui-même son articulation tibio-tarsienne et soulève le talon du lit.

Le 14 décembre, j'enlève définitivement l'attelle plâtrée et je pose un appareil silicaté que j'ouvre le lendemain pour permettre de continuer les manœuvres de flexion et d'extension du pied qui d'ailleurs se font parfaitement et sans douleur.

Le 17 décembre, le blessé marche avec des béquilles sur son appareil silicaté.

Le 27 décembre, simple chaussette élastique.

Cette observation me paraît intéressante, d'abord au point de vue de la lésion elle-même dont je n'ai pas trouvé la description et dont l'explication me paraît être la suivante :

La luxation de l'astragale n'était pas complète en ce sens que l'os n'avait pas complètement quitté sa loge, mais circonstance qui, d'après mes lectures, semble exceptionnelle, c'était la face supérieure de la poulie qu'on sentait sous la peau du cou de-pied. L'os avait subi un mouvement de rotation d'un quart de cercle autour d'un axe horizontal et un renversement s'en était suivi dans lequel la face supérieure était devenue antérieure et la tête reposait sur le calcanéum, son col répondant à la facette scaphoïdienne. Dans ce mouvement de bascule d'arrière en avant, l'astragale s'était insinué entre les os de la jambe et avait produit ainsi un écartement considérable de la mortaise. Ce changement de position explique qu'il n'y ait pas eu de raccourcissement de l'arrière-pied dans le sens vertical. Il y aurait même dû y avoir augmentation de hauteur, le grand diamètre de l'astragale s'étant substitué au petit, mais cette déformation était prévenue par la divulsion péronéo-tibiale qui, en permettant à l'astragale de se loger entre ces os, diminuait ainsi sa hauteur.

La fracture de la malléole interne était-elle due simplement au traumastisme indirect, à l'écartement péronéo-tibial ou devait-elle être mise sur le compte de violences directes causées par la chute de l'échelle ? J'ai, en effet, dit dans l'observation que le blessé s'était trouvé par terre le pied droit pris sous un des montants de l'échelle. Il est difficile de le dire. Cependant on comprend que si la violence indirecte avait disposé ainsi les os : astragale luxé en haut entre le tibia et le péroné, écartant par conséquent ces deux os l'un de l'autre, le tibia portait par son extrémité sur l'astragale mais n'avait plus d'appui plus haut et le choc de l'échelle juste au-

dessus de la malléole interne devait tendre à causer là une fracture directe.

Quoi qu'il en soit du mode de production de la lésion et de sa rareté, la réduction fut très facile vraisemblablement à cause du diastasis péronéo-tibiale, et la guérison rapide. Le 28e jour de l'accident, le blessé se tenait debout sur les deux jambes et faisait quelques pas, et le 38e jour il pouvait reprendre son service d'infirmier. Je n'hésite pas à attribuer la rapidité de cette consolidation et de cette convalescence aux massages répétés de la fracture et de l'articulation.

Je n'ai entrepris les manœuvres que le 10e jour; déjà le gonflement avait notablement diminué. J'aurais peut-être dû les commencer plus tôt. Cependant le résultat tel qu'il est me paraît absolument satisfaisant.

J'ai cité cette observation tout entière avec les considérations qui l'accompagnent d'abord parce que le fait est rare et curieux et bien observé. Peut-être pourrait-on faire des réserves sur la classification de l'auteur et se demander si le fait n'appartient pas plutôt aux luxations de la jambe en arrière qui s'accompagnent bien de fracture de la malléole interne.

Mais ces faits difficiles à déterminer sur le malade sont bien autrement difficiles à juger d'après leur description, et je n'insiste pas sur mon observation. Ce que je veux bien faire ressortir aujourd'hui, c'est le traitement suivi par M. Ovion. Au bout de 10 jours il lève l'appareil, et commence le massage. Au bout de vingt-huit jours le patient marche avec un appareil léger. Au bout de trente-huit jours, ce malade, qui avait présenté une lésion très grave, marche librement sur son membre.

Ces résultats sont très satisfaisants et démontrent l'excellence du procédé; je fais pourtant une réserve très sérieuse sur la période à laquelle a été faite le massage. Je n'aurais pas attendu si tard. Immédiatement et sous le chloroforme, puisqu'il avait fallu donner du chloroforme pour réduire, j'aurais massé doucement l'articulation, et si l'immobilisation m'avait paru nécessaire, je l'aurais faite à l'aide d'un appareil très étroit qui m'eût permis le massage quotidien et la compression de l'articulation. Je crois que le malade eût souffert encore moins et eût marché plus librement encore.

J'ai aujourd'hui étendu l'emploi du massage à des cas de solutions de continuité osseuse beaucoup plus importantes que je ne le faisais au début.

Il y a dans ces cas deux raisons pour recommander le massage, la première, c'est qu'il fait tomber la douleur, la deuxième, c'est qu'il paraît favoriser la formation du cal beaucoup plus que l'en-

traver. Il est parfaitement certain, pour la fracture du péroné ou du radius, que ces os sont solides beaucoup plus vite qu'on ne pourrait s'imaginer. Il est probable que le travail de résorption des produits épanchés et inutiles au cal ayant été accompli beaucoup plus rapidement, le travail de consolidation débute beaucoup plus vite. Puis lorsque le malade commence à se servir du membre, les articulations étant réglées, parfaitement souples, les fonctions du membre ne sont point gênées de ce côté.

Quoi qu'il puisse être de ces explications, le fait est là. Je puis citer par exemple l'observation suivante due à un de mes internes, M. Laskine, observation qui me paraît extrêmement intéressante.

Fracture de la jambe gauche au tiers inférieur. — Massage suivi de l'application d'un appareil. — Marche parfaitement libre au bout de trente-cinq jours.

Le nommé S..., âgé de 22 ans, dans une chute en glissant sur le sol, se fait une fracture des deux os de la jambe gauche. Il est apporté à l'hôpital Tenon, salle Lisfranc, service de M. Championnière.

14 *mars*. La mobilité, la douleur, la crépitation ne peuvent laisser aucun doute sur la fracture des deux os située au tiers inférieur de la jambe. Le gonflement est considérable avec larges ecchymoses, la douleur très vive. Il n'y a pas de déplacement notable.

15 *mars*. Première séance de massage en évitant le siège même de la fracture.

Sept jours de suite les séances de massage sont répétées.

La douleur disparaît d'abord, puis le gonflement. L'œdème étant tout à fait dissipé, on peut ajouter qu'il n'y a pas de déplacement notable, sauf une tendance du pied à se renverser en arrière.

Le membre est placé dans un appareil plâtré le 22 mars.

Le 13 avril on le retire de cet appareil, tous les mouvements sont libres, la consolidation est parfaite. On met au blessé un petit appareil silicaté pour lui permettre de marcher. Mais il ne conserve pas cet appareil, et il marche si bien que, cinq jours plus tard, il demande sa sortie (18 avril.) Ce jour, il marche bien, l'articulation est souple et la région du cal n'est pas douloureuse. Il est parfaitement solide sur ses jambes.

Si je vous ai lu cette observation qui m'est propice, c'est pour en rapprocher une nouvelle observation qui nous a été adressée par le Dr Franc, de Sarlat.

Ce jeune confrère, qui a été de mes élèves, s'est mis à pratiquer le massage dans les fractures du radius et nous rapporte deux observations très satisfaisantes; mais il en relate une troisième qui peut être intitulée ainsi :

Fracture du tibia au tiers inférieur, pas de déplacement. — Massage à partir du 3e jour. — Marche à partir du 15e jour, la marche devient facile le 25e jour.

Une jeune femme d'un embonpoint très prononcé fait une chute dans un escalier. Elle parait être tombée la jambe gauche placée sous elle. La jambe eut un instant à supporter tout le poids du corps.

A l'examen pratiqué vingt-quatre heures après l'accident, je constate très nettement une fracture du tibia au niveau du tiers inférieur à 8 ou 10 centimètres au-dessus de la pointe de la malléole interne. Il n'y a pas de déplacement, mais la douleur localisée au niveau de la fracture et surtout la crépitation nettement perçue ne me laissent aucun doute.

Je ne constate pas de fracture du péroné, mais seulement de la douleur sur les ligaments externes de l'articulation tibio-tarsienne. Je ne puis affirmer qu'elle n'existait pas, mais je ne l'ai pas bien trouvée. Le gonflement est considérable au pied et à la jambe; la douleur est vive.

Dans un cas de fracture aussi grave, j'hésitai d'abord à recourir au massage, et pendant trois jours je plaçai le membre dans une gouttière en le recouvrant de compresses froides.

Le 3e jour, je fis une séance de massage de plus d'une heure de durée. Le soulagement fut immédiat. La malade qui avait passé les nuits précédentes dans une insomnie complète, la douleur étant très vive, fit cette fois une nuit excellente.

Huit séances de massage de une heure à une heure et demie furent faites, les cinq premières tous les jours, les trois autres à deux jours d'intervalle.

Le 10e jour, la malade demande à se lever et à marcher, mais par prudence je la fais maintenir sur une chaise longue jusqu'au 15e jour. Elle se lève ce jour-là. Elle peut marcher avec fort peu de douleur.

Les jours suivants il survient un peu de gonflement qui résulte sans doute de la fatigue de cette marche un peu rapidement faite. Il y a aussi quelques douleurs à la pression au niveau de la fracture.

Malgré cela, la guérison se fait bien, et vingt-cinq jours après l'accident, la malade peut entreprendre un voyage long et pénible sans inconvénient.

Il me semble que rien ne saurait être plus probant que de semblables observations. Non seulement le massage assouplit les articulations voisines des fractures, leur conserve ou leur rend leur libre fonctionnement, mais, contrairement à ce qu'on aurait pu prévoir, il favorise la formation du cal. L'ébranlement communiqué aux fragments par le massage n'a aucune mauvaise influence sur leur réparation. Il la favorise probablement en provoquant la résorption rapide des produits épanchés qui gênent la formation du cal. Quand on laisse les parties livrées à elles-mêmes, il est probable que cette formation du cal ne commence qu'après un certain laps de temps, quand le travail préparatoire de résorption est terminé.

Si j'avais un cas comme celui de notre confrère, le Dr Ovion, je n'attendrais pas autant pour commencer cette partie du traitement.

M. le Dr Franc attire avec juste raison l'attention sur la manière de pratiquer le massage et surtout sur la durée des séances : une première séance d'une demi-heure, et huit séances variant entre une heure et une heure et demie.

Dans nos observations hospitalières, nous avons eu rarement des séances d'une pareille durée. Mais il n'y avait à cela qu'une raison, la difficulté de prolonger suffisamment les séances dans un service d'hôpital.

En ville, toutes fois que j'ai eu l'occasion de pratiquer le massage, j'ai beaucoup prolongé les séances. En général, la première est seule douloureuse, et, encore, elle est immédiatement suivie d'un tel bien-être que les blessés ont instantanément conscience de leur amélioration. Je crois, pour ma part, que la longue durée du massage joue un grand rôle dans l'excellence des résultats. Cette longue durée est d'autant plus nécessaire que les dix ou quinze premières minutes d'une séance sont à peu près exclusivement consacrées à éteindre la sensibilité du membre et à accoutumer la région aux pressions définitives et énergiques qui seront vraiment efficaces.

M. Laskine, dans l'observation prise dans mon service, signale ce point qui me paraît capital et sur lequel j'ai toujours insisté auprès de mes élèves : pressions faites au voisinage du foyer de la fracture, et non sur la fracture elle-même. Il semblerait qu'il n'y eût pas lieu de le faire remarquer ; cependant j'observais, il y a peu de temps, en ville, un médecin qui faisait du massage d'un membre, massage secondaire à propos d'une fracture, et le malade me racontait que le massage avait toujours été douloureux. C'était le foyer de la fracture qu'il massait sans relâche et malgré toutes les observations du malade.

Je suis convaincu, pour ma part, que les indications du massage sont extrêmement multiples en chirurgie, mais leur application aux fractures, rencontrant une véritable opposition, j'ai été très heureux des communications précédentes pour appeler à nouveau l'attention sur ce sujet.

C'est au nom des grands principes du traitement qu'on nous a combattus. C'est une discussion de scholastique ; ces grands principes de traitement des fractures sont mauvais, voilà ce que prouve l'observation des faits.

Ces grands principes sont les suivants : l'immobilité absolue des fragments favorise leur réunion, et l'union des os doit donner un membre aussi rapproché de sa forme primitive que possible.

Or, il y a longtemps que des chirurgiens, mes maîtres, ont dé-

montré qu'un peu de déformation du membre n'engendrait pas dans la fonction autant de troubles que l'enraidissement temporaire ou définitif des articulations.

Voici, en outre, que j'ai démontré que la mobilisation relative imprimée par le massage n'empêchait pas la formation rapide et parfaite du cal. Que reste-t-il donc de ces grands principes du traitement des fractures?

Je suis très aise de voir ce progrès accueilli par de jeunes chirurgiens, très convaincu que ces idées, très révolutionnaires hier, seront adoptées demain. Dans le cours de ce rapport, j'ai inséré un résumé très complet des observations de MM. Ovion et Franc. Il ne me reste à vous demander que de leur adresser les remerciements d'usage.

Discussion.

M. Berger. Les faits rapportés par M. Lucas-Championnière en faveur de sa pratique ne me semblent pas bien concluants. Un malade, atteint de fracture simple du tibia qui marche au 35e jour, n'est pas guéri plus rapidement que par les moyens employés ordinairement, c'est-à-dire l'immobilisation.

Donc pour les fractures diaphysaires, cette méthode est discutable.

Pour les fractures articulaires ou péri-articulaires, le massage est voisin de la mobilisation précoce, employée par beaucoup d'auteurs, dans le but d'empêcher les raideurs articulaires. Je crois cette méthode au moins aussi bonne et surtout moins dangereuse que le massage.

M. Marc Sée. Depuis plusieurs années, j'ai indiqué que l'emploi de la bande élastique produisait les mêmes avantages et les mêmes bénéfices que ceux attribués par M. Lucas-Championnière au massage. Je regrette que notre collègue n'ait pas fait allusion à ces faits; car je crois ce moyen plus sûr, moins douloureux, et surtout moins difficile que le massage.

Ainsi, j'ai démontré que les fractures ne se consolident que quand le sang extravasé entre les fragments est résorbé. Or, grâce à la bande élastique, ce sang est résorbé plus rapidement et le travail du cal commence plus tôt que lorsque les parties sont abandonnées à elles-mêmes.

M. Lucas-Championnière. M. Berger nous dit que les malades traités par l'immobilisation marchent après trente ou trente-cinq jours. Je crois ce fait exceptionnel; or, chez les miens, j'ai souvent observé que la marche était facile après vingt-cinq jours, ce qui constitue un avantage.

Communication.

Ouverture des abcès intra-péritonéaux et profonds du bassin par la laparotomie,

Par le Dr Terrillon.

L'ouverture par la laparotomie de certains abcès profonds du bassin, proéminant dans la cavité péritonéale et éloignés des voies ordinairement accessibles aux chirurgiens, n'a pas encore été discutée en France ; mais cette question a été soulevée par plusieurs chirurgiens en Angleterre et en Amérique dans ces dernières années.

Afin de bien saisir l'importance de ce mode d'intervention, qui consiste à traverser la cavité péritonéale pour atteindre ces abcès, il est bon d'établir une distinction entre les collections purulentes du bassin chez la femme.

Les abcès du bassin, ayant pour origine les organes génitaux de la femme, forment, au point de vue de l'intervention chirurgicale, deux groupes assez distincts.

Dans l'un se rangent les abcès qui, nés au voisinage de l'utérus ou de ses annexes, fusent sous le péritoine, le décollent et arrivent au-dessous de la paroi abdominale, vers l'arcade de Fallope ou du côté de la fosse iliaque.

Ceux-ci peuvent être ouverts directement en traversant les parties molles de la paroi, mais sans intéresser le péritoine. C'est là la pratique vulgaire et banale. Quelquefois même, ces abcès sous-péritonéaux n'arrivent pas au contact immédiat de la paroi; on peut aller à leur recherche en décollant le péritoine au-dessus et derrière le pubis, ainsi que Hégar l'a pratiqué plusieurs fois (1880), et que notre collègue, M. Pozzi, en a rapporté ici même plusieurs observations (*Soc. de ch.*, 1886, séance du 14 avril).

Dans ces derniers cas, il faut que l'opération soit pratiquée de bonne heure, sans cela le péritoine est épaissi, adhérent, et ne se laisse plus décoller; de là la crainte de le déchirer et de pénétrer accidentellement dans sa cavité.

Enfin ces abcès peuvent pénétrer du côté du vagin qui est dans leur voisinage, et là ils peuvent être ouverts directement par le chirurgien ou s'ouvrir spontanément.

Dans l'autre variété, celle qui fait l'objet de cette étude, la collection purulente se comporte d'une façon différente et suit une marche toute spéciale.

L'abcès se développe du côté de la cavité du bassin; il constitue

bientôt une poche fluctuante, véritable tumeur, libre dans le bassin par une grande partie de sa surface, mais adhérente au bord de l'utérus, à la face antérieure du rectum, à la face postérieure du ligament large et à la vessie.

Quelquefois il peut avoir, comme dans les cas que j'ai observés, la forme d'une poire à grosse extrémité située en haut et libre dans le bassin, à petite extrémité adhérente au ligament large et au rectum.

Ces abcès, souvent volumineux, s'ouvrent le plus souvent dans le rectum et quelquefois dans la vessie, ou pénètrent du côté de ces organes.

Après leur ouverture, il peut y avoir, mais rarement, guérison radicale. Le plus souvent, l'abcès se reproduit à intervalles variables, ou bien il devient fistuleux et se vide d'une façon intermittente. Il peut aussi se rompre dans la cavité du péritoine, et alors cette rupture provoque une péritonite purulente rapidement mortelle (Obs. I).

Ces abcès doivent donc être traités chirurgicalement, soit avant leur ouverture soit après, quand ils sont fistuleux.

Dans ce dernier cas, ils peuvent faire mourir le malade par épuisement lent, ou par septicémie.

Ces abcès sont difficiles à atteindre par le vagin, dont ils sont séparés par une épaisseur assez grande de tissus, remplis de sinus veineux. La voie rectale est périlleuse également.

Aussi, Lawson Tait a-t-il proposé d'aller hardiment les ouvrir par la laparotomie.

Le péritoine étant incisé, l'intestin refoulé, on vide la poche.

Celle-ci est ensuite ouverte, ses bords sont soudés par des sutures à la plaie abdominale. L'ouverture de la poche peut être faite avec le thermocautère ou le bistouri.

L'opération est complétée par un drainage bien installé.

Des lavages journaliers empêchent l'infection de cette poche dont le fond est déclive.

La guérison a lieu ordinairement rapidement, en un mois environ.

Cette même méthode opératoire a été employée dans des hématocèles suppurées occupant le fond du bassin.

Tel est le principe de cette opération que j'ai pratiquée deux fois avec succès, dans des cas où l'abcès fistuleux communiquait avec le rectum.

Je crois pouvoir affirmer que, dans un troisième cas (qui est relaté dans ma première observation), j'aurais eu un succès semblable, si j'avais pu intervenir avant la rupture de la poche dans le péritoine et la péritonite purulente suraiguë qui en fut la consé-

quence. Cette observation étant la première en date et m'ayant guidé par son enseignement dans l'intervention de deux autres cas, je la donnerai avant les autres.

Observation I. — *Abcès du bassin intra-péritonéal. — Rupture dans le péritoine. — Péritonite suraiguë. — Laparotomie après trente-six heures. — Ablation de la poche de l'abcès, nettoyage du péritoine. — Mort.*

Mlle X..., âgée de 23 ans, m'est présentée par mon confrère le Dr Lecoconier, le 19 mars 1887.

Les premiers symptômes de la maladie remontent à deux ans. Une fausse couche méconnue et cachée par la jeune fille semble avoir été le point de départ des accidents, mais cela n'est pas absolument certain.

Elle eut à ce moment une perte qui se prolongea pendant plusieurs mois, avec douleurs dans le ventre, suivie de règles très douloureuses.

Cet état se prolongea pendant près de vingt mois, avec des alternatives de rémissions légères et d'exacerbations; l'état général restait assez bon.

Depuis trois mois environ, les douleurs augmentèrent, des tiraillements douloureux se manifestèrent du côté droit; un amaigrissement notable survint.

Bientôt, M. Lecoconier put constater la présence d'une tuméfaction du côté droit de l'utérus et située dans la cavité du bassin.

Quand je vis la malade, le 19 mars, deux jours avant son entrée à la Salpêtrière, je constatai les phénomènes suivants :

Amaigrissement, facies grippé; 96 pulsations et sueurs abondantes.

La malade se plaint de douleurs continuelles dans le ventre, avec pesanteur dans le fondement, et envies d'uriner fréquentes.

Par le palper abdominal, on sent du côté droit, et débordant sur la ligne médiane, une tumeur arrondie, douloureuse, occupant le bassin; pour arriver sur elle, il faut déprimer les intestins qui sont en avant.

Le toucher vaginal permet de constater que l'utérus est refoulé en avant et à gauche. A droite, en déprimant le cul-de-sac vaginal, on trouve la tumeur indiquée plus haut, douloureuse, fluctuante, mais éloignée de la paroi vaginale.

Cette masse proémine davantage contre la paroi rectale qui lui est adhérente, mais à une hauteur telle que le doigt l'atteint avec difficulté.

Toute cette tuméfaction, qui ne peut être qu'un abcès péri-utérin, du volume des deux poings, ne proémine dans aucune région où l'ouverture peut être pratiquée facilement. Elle se porte davantage vers le rectum.

Comme cette malade ne peut être soignée chez elle, je l'engage à entrer à la Salpêtrière, pour subir l'opération nécessaire. J'avais l'intention d'ouvrir cet abcès par la laparotomie. Pendant le trajet, elle est fortement secouée et éprouve bientôt des douleurs violentes dans le ventre.

Une péritonite suraiguë se déclare avec tous les symptômes les plus graves.

Malheureusement, par une suite de circonstances spéciales, je ne peux voir la malade que trente heures après l'accident.

Avec le secours de mon ami le Dr Schwartz, je pratique une laparatomie trente-quatre heures après le début des accidents ; le ventre était ballonné, le pouls petit, le facies très altéré et les vomissements incoercibles.

Ouverture du péritoine sur la ligne médiane. Des intestins, rouges, tomenteux, recouverts de membranes jaunes peu adhérentes, se présentent. En même temps, on voit entre les anses un peu de pus assez liquide.

Les intestins sont refoulés en haut, et je rencontre à droite une masse molle, avec une déchirure donnant issue à du pus. C'est un vaste abcès dépendant probablement de l'ovaire.

Cette poche est décortiquée, en partie arrachée par lambeaux. Elle adhérait à l'utérus, au rectum et à la face postérieure du ligament large.

Elle est enlevée en totalité, et tout le petit bassiu, ainsi que les intestins malades, sont lavés avec soin, au moyen d'une grande quantité d'eau bouillie. Des éponges chargées d'eau phéniquée servent à enlever le surplus et à nettoyer toutes les parties malades.

Deux gros tubes en caoutchouc, du volume du doigt, sont plongés dans le fond du bassin et sortent par la plaie abdominale, qui est rétrécie par cinq points de suture. Pansement extérieur avec la gaze iodoformée et la ouate sublimée. L'opération a duré deux heures et quart.

La malade est reportée dans son lit et reprend rapidement connaissance.

Il était six heures du soir.

A partir de l'opération, la malade n'eut plus de vomissements ; le ballonnement diminua, elle éprouva un grand bien-être et passa une bonne nuit.

La température était tombée à 38°, puis 37°,8.

Aussi, le lendemain matin, quand je la vis, les phénomènes de la veille étaient tellement modifiés et l'état général tellement amélioré, que j'eus un moment l'espoir de la sauver. Les tubes fonctionnaient bien, une abondante sérosité rougeâtre avait souillé le pansement.

Malheureusement, quelques heures après, les accidents graves reparurent, le pouls devint filiforme, la température s'abaissa, et la mort survint vers dix heures du soir, 36 heures après l'opération.

L'autopsie fut particulièrement intéressante. Elle montra que tout le petit bassin et les anses intestinales situées à son niveau étaient peu altérées. On ne trouvait plus de fausses membranes, ni de pus.

Mais tous les intestins de la cavité abdominale et de la région susombilicale présentaient les traces d'une péritonite aiguë, diffuse, avec des fausses membranes jaunes et un peu de liquide.

Il y avait donc eu probablement une recrudescence rapide et diffuse de la péritonite vers cette région.

Je l'expliquerai volontiers par ce fait que, sans le savoir, j'ai dû laisser une partie du péritoine primitivement malade, sans la nettoyer, n'ayant pu l'atteindre facilement. Celle-ci à infecté, par voisinage, le reste de la cavité abdominale.

Toute cette histoire ne laisse aucun doute dans mon esprit, et me prouve que si j'avais pu intervenir à temps j'aurais, après avoir ouvert le péritoine, ponctionné la poche. Celle-ci, ainsi vidée de son contenu, aurait pu être attirée vers la paroi, soudée à celle-ci et ouverte largement, puis drainée, après nettoyage. Je ne doute pas que la guérison eût suivi cette intervention comme chez mes autres malades.

Obs. II. — *Ancien abcès péri-utérin, intra-péritonéal, ouvert dans le rectum. — Laparotomie. — Ouverture, nettoyage et drainage de l'abcès. — Guérison.*

Mme X..., âgée de 27 ans et demi ; forte, vigoureuse, bien portante avant son accident, a été réglée à l'âge de 12 ans.

Mariée à seize ans et demi, elle fit, six mois après, une fausse couche de cinq mois (4 décembre 1880).

Elle fut légèrement malade à la suite de cet accident, mais cela dura peu de temps. Cependant, depuis, elle sentait de la lassitude, quelques douleurs dans le bas-ventre, et un peu d'inappétence.

Les règles étaient douloureuses et assez abondantes.

En 1883, le 12 janvier, elle fut prise assez rapidement de douleurs dans le ventre, de vomissements et d'accidents de péritonite localisée.

Après vingt-deux jours de douleurs, de fièvre et de séjour au lit, elle sentit une évacuation se faire par le rectum et l'anus (14 février 1883).

Cette débâcle de pus la soulagea immédiatement ; elle resta encore au lit pendant quinze jours et se rétablit ensuite assez complètement.

Pendant deux mois, elle ne vit rien d'anormal du côté du rectum et du bassin, mais cependant elle souffrait toujours.

A la fin de mai, l'abcès s'ouvrit de nouveau après une poussée douloureuse, moins longue que la précédente.

Depuis, elle éprouve des douleurs du côté droit avec irradiation du côté de la cuisse ; malgré cela, elle circule, vaque à ses affaires, mais elle s'affaiblit.

Tout se calme, à peu près, jusqu'au 12 mai 1886. A cette époque, après avoir eu une perte sanguine abondante, qui dura environ un mois, elle éprouve de nouveau des douleurs violentes dans le ventre.

Après quelques jours, l'abcès, de nouveau formé, se vide par le rectum.

Depuis cette époque, elle rend du pus dans ses selles, surtout le matin en se levant.

Cette perte est plus abondante après ses règles ; car, à ce moment, la poche se remplit pendant quelques jours.

Je l'examinai, pour la première fois, le 27 février 1887.

Sans présenter des phénomènes très marqués de dépérissement, cependant on la trouvait un peu anémique et ayant perdu ses forces.

Par le palper, on sentait profondément une tumeur arrondie, dépassant de quatre travers de doigt le pubis, située à droite, mais ayant en avant d'elle des anses intestinales qui la séparaient de la paroi abdominale.

Par le toucher vaginal, on constatait que l'utérus était rejeté à gauche et un peu en avant. Il était un peu volumineux et immobilisé en partie.

Dans le cul-de-sac gauche, on ne sentait rien d'anormal; mais, en refoulant le cul-de-sac vaginal droit, on percevait, à une certaine profondeur, une résistance qui correspondait à la masse trouvée dans l'abdomen.

Par le toucher rectal, cette masse était facile à sentir à six centimètres de l'anus; elle adhérait à la paroi de l'intestin, qui était déprimé à ce niveau.

Par les antécédents et l'examen local, il était facile de conclure qu'il s'agissait là d'un abcès du bassin, devenu fistuleux, accolé au rectum et au ligament large gauche, mais n'ayant aucune connexion avec le pubis et la fosse iliaque, et libre, par sa partie supérieure, dans la cavité du bassin.

Cette malade courait donc les risques suivants :

La guérison était peu probable, ou devait être très lente, après des rechutes répétées.

Elle pouvait être victime de la septicémie, envahissant la poche purulente, si la communication avec le rectum devenait plus large.

Enfin, elle risquait une péritonite purulente suraiguë par perforation de la poche dans le péritoine, ainsi que j'en avais vu un exemple quelque temps avant pour un abcès de même nature.

Je me proposais donc d'ouvrir cet abcès et de le drainer. Mais on ne pouvait songer à l'atteindre ni par la voie vaginale, dont il était éloigné, ni par le décollement du péritoine en arrière du pubis ou du côté de la fosse iliaque, puisque la tumeur ne proéminait nullement du côté de ces régions souvent accessibles dans les abcès du bassin avec propagation.

Je ne pouvais songer qu'au drainage à travers le péritoine, après avoir fait une laparotomie.

Ayant pris un premier rendez-vous pour l'opération, le 10 avril, je ne crus pas devoir intervenir, car la poche s'était vidée la veille. Je craignais d'avoir un trop grand espace entre elle et la paroi abdominale pour pouvoir l'attirer au dehors et la souder à ma boutonnière abdominale.

J'attendis donc au 22 avril. La malade ayant eu ses règles dans cet intervalle, la poche se remplit beaucoup, comme la malade l'avait constaté plusieurs fois.

L'opération fut pratiquée avec l'aide des Drs Routier, Villar et Daupley. Elle comprit plusieurs temps.

Ouverture de sept centimètres de la paroi abdominale sur la ligne médiane, au-dessus du pubis.

Écartement des intestins et de l'épiploon un peu adhérents à la surface de la tumeur profondément placée dans le bassin. Ils sont maintenus avec une éponge.

Reconnaissance de la tumeur, qui est plus grosse que le poing, lisse, fluctuante mais tendue et libre dans le bassin, sauf qu'elle est adhérente à la face postérieure du ligament large droit, au bord de l'utérus et à la face antérieure du rectum. Elle a la forme d'une poire dont le fond est libre dans le bassin et la partie pointue, unie au ligament large.

La trompe tourne autour de son collet, en avant, et lui adhère. Elle est immobilisée.

Ponction de sa partie saillante avec une des aiguilles de l'aspirateur de Potain. On obtient 250 grammes de pus, épais, verdâtre, très odorant (comme les abcès utérins, au voisinage du tube digestif).

La paroi de la poche est saisie avec des pinces et doucement attirée en avant; on parvient à engager une partie de cette paroi dans la partie profonde de la plaie abdominale.

Deux fils de sutures en argent la fixent au péritoine de cette paroi.

La poche est ouverte, vidée, nettoyée avec des éponges; sa surface interne saigne.

Les bords de cette ouverture sont soudés à la paroi avec dix sutures au fil d'argent embrassant toute l'épaisseur de la paroi abdominale.

Après avoir lavé la poche et jugé de sa profondeur, je place deux gros tubes à drainage en X, allant jusqu'au fond et ressortant par la plaie béante. Ils ont quinze centimètres de longueur.

Pansement à l'iodoforme.

L'opération a duré deux heures un quart.

Les suites de l'opération furent parfaites; le suintement sanguin presque nul.

Vers le 8e jour, il y eut un peu d'élévation de température, car il se faisait un peu de rétention de liquide sanieux dans le fond de la cavité. Des lavages abondants et renouvelés plusieurs fois par jour arrêtèrent ces accidents.

La poche se combla rapidement, et les tubes furent retirés complètement le 20e jour. Il ne restait qu'un petit trajet et l'orifice de la plaie abdominale.

Dans les premiers temps, quelques gaz et un peu de matières fécales passèrent par le trajet de l'abcès, mais en petite quantité; depuis, rien n'a reparu.

Actuellement, la malade est guérie et la plaie abdominale présente encore une petite fistule non complètement fermée. La malade porte une ceinture abdominale, par précaution.

Obs. III. — *Ancien abcès péri-utérin intra-péritonéal ouvert dans le rectum. — Suppuration continue. — Laparotomie. — Ouverture, nettoyage, drainage de l'abcès. — Guérison.*

Mme R..., âgée de 35 ans, brune, maigre, assez chétive, a eu la rou-

geole à l'âge de 7 ans et fut réglée à 16 ans. Ses règles furent régulières et sans douleur.

A l'âge de 23 ans elle se maria ; elle était alors bien portante. Quinze mois après elle eut une fille sans accidents.

En 1876, elle fait une fausse couche de six mois; celle-ci fut suivie d'accidents et surtout de métrorrhagies abondantes avec douleurs dans le bas-ventre.

En 1877, elle fit deux nouvelles fausses couches, l'une de deux mois, l'autre de trois mois, sans accidents bien notables.

A partir de cette époque, les règles devinrent plus abondantes, un peu irrégulières, douloureuses et avec de la leucorrhée dans l'intervalle.

Enfin, il y a quatre ans (1883), après une perte abondante, qui parut coïncider avec une fausse couche, la malade fut prise de pelvipéritonite assez violente et qui parut avoir eu une intensité spéciale du côté gauche. Elle fut transportée à l'Hôtel-Dieu, où elle demeura trois mois, au bout desquels elle sortit incomplètement guérie.

Depuis, elle resta maladive, ayant des règles irrégulières et douloureuses et souffrant dans le ventre.

Au mois d'août 1886, elle eut une seconde poussée de péritonite, le ventre devint volumineux, douloureux, et après quelque temps on constata dans l'abdomen une masse assez grosse située du côté droit. Cette masse, qui n'était autre qu'un abcès pelvien, se vida par le rectum. Il sortit une grande quantité de pus et la malade fut momentanément soulagée.

Depuis cette époque, la malade perd tous les jours une certaine quantité de pus épais et verdâtre, qu'on peut évaluer à 100 ou 150 grammes. Elle entre à la Salpêtrière le 12 mai 1887.

Elle a maigri, le teint est terreux, elle a perdu ses forces et l'appétit.

Quand on examine l'abdomen en pratiquant en même temps le toucher vaginal, on constate que l'utérus est fortement refoulé en avant et à gauche. En déprimant le cul-de-sac vaginal droit, le doigt arrive sur une tumeur arrondie qui se prolonge dans le bassin et proémine même dans l'abdomen jusqu'au voisinage de l'ombilic. Cette masse est fluctuante, arrondie, mais ne présente aucune connexion ni avec le pubis, ni avec la fosse iliaque, ni avee la paroi abdominale antérieure, dont elle est séparée par les intestins, qu'on est obligé de déprimer pour l'atteindre.

Elle a au contraire des connexions très intimes avec le rectum, dont elle entoure la paroi antérieure en formant une espèce d'anneau qui la déprime et lui est adhérente. Ce bourrelet existe à 7 centimètres de l'anus, et à son niveau on trouve une dépression qui doit correspondre à l'ouverture de l'abcès dans la cavité rectale.

L'opération fut pratiquée le 19 mai 1887, avec l'aide de MM. Routier et Schwartz.

Incision sur la ligne médiane au-dessus du pubis, longue de 10 centimètres.

On trouve presque immédiatement une masse lisse, bosselée, avec

des veines à sa surface; elle est recouverte par une anse d'intestin qui est détachée et refoulée en haut avec une éponge.

L'exploration de cette masse montre qu'elle est tendue, fluctuante, à parois épaisses.

Elle remplit tout le côté droit du bassin et envahit un peu le côté gauche, où elle a refoulé l'utérus, qui lui est accolé par son bord droit, mais celui-ci est distinct.

Cette tumeur est arrondie et libre dans une grande partie de sa surface, on en fait le tour en haut et sur les deux côtés; mais elle adhère à la partie inférieure ou rectale par quelques points.

Son extrémité inférieure, ou plutôt antérieure, répond au ligament large. Un large sillon la sépare du pubis, auquel elle n'adhère pas.

Une ponction est pratiquée avec une grosse canule de l'appareil Potain. Le péritoine est protégé par des éponges.

On extrait 500 grammes de pus verdâtre, odorant et mélangé avec un peu de sang à la fin.

La poche saisie avec des pinces est un peu attirée au dehors entre les lèvres de la plaie abdominale.

Avant de l'ouvrir, j'essaye de la fixer avec des sutures à l'angle supérieur et à l'angle inférieur de la plaie; mais la broche, passant dans le segment inférieur de la tumeur, la déchire, aussi je renonce à cette manœuvre, préférant ouvrir la poche pour détendre les parois, et, après l'avoir nettoyée, souder les bords devenus libres, au moyen de nombreuses sutures, à l'ouverture abdominale.

L'ouverture est pratiquée dans une étendue de cinq à six centimètres; la paroi est épaisse, saignante, elle semble constituée de deux parties: une extérieure, épaisse, peu résistante; une intérieure, tomenteuse, se déchirant et se décollant facilement.

La surface interne est couverte de débris membraneux purulents, qui sont en partie nettoyés avec des éponges; elle saigne facilement.

Douze sutures au fil d'argent assujettissent les bords de l'ouverture de la paroi abdominale.

La poche isolée est lavée à grande eau, qui ne ramène que du sang et quelques débris, mais il n'y avait plus de pus.

C'est à peine si avec le doigt je peux pénétrer dans le fond des diverticules de la poche, qui est irrégulière et descend dans le fond du bassin.

Deux gros tubes à drainage sont placés en V dans la poche, ils ont 14 à 16 centimètres de longueur.

Pansement à la gaze iodoformée et à l'ouate sublimée. Bandage de corps avec ouate. L'opération a duré 1 heure et demie, sous le chloroforme.

Des lavages quotidiens avec l'eau phéniquée faible ou une solution de chloral ont empêché l'infection de la poche.

Les tubes furent supprimés petit à petit, et après vingt jours l'abcès est complètement fermé.

Jamais la malade n'a eu de fièvre, et il n'a passé par le trajet de l'abcès ni gaz, ni matières fécales; la malade a engraissé rapidement.

Je ferai, à propos de ces observations, quelques remarques principales.

Dans l'observation deuxième, il y eut à vaincre une certaine difficulté, sur laquelle je désire insister. Comme l'abcès était profond, occupait le fond du bassin, et qu'entre lui et la paroi abdominale existait un espace de quatre ou cinq centimètres occupé par l'épiploon et les intestins, je craignais de ne pouvoir attirer facilement sa paroi pour la souder à l'ouverture abdominale.

Avant la ponction et l'évacuation de la poche, cela était impossible à cause de l'adhérence de celle-ci à la paroi profonde du bassin et au rectum.

Après l'évacuation, je pus attirer sa paroi antérieure avec des pinces et la souder assez facilement au péritoine de la paroi abdominale. Cependant il fallut des précautions spéciales pour ne pas la déchirer.

C'est là un point délicat et difficile de ce genre d'intervention. Dans mon autre observation (obs. III), la poche étant plus volumineuse, cet inconvénient fut évité facilement, et la poche vint se mettre, presque sans traction, en contact avec la paroi de l'abdomen.

Une seconde remarque a trait à la paroi de cette poche. Elle est épaisse, mais friable, vasculaire, contenant de gros vaisseaux et des artères. Sa surface interne est tapissée d'une couche épaisse, molle, tomenteuse, saignante et en contact avec le pus. Elle est tapissée d'une couche de muco-pus membraneuse.

Suivant quelques auteurs, il faudrait non seulement nettoyer cette surface, mais la gratter, la détruire violemment, car c'est elle qui s'élimine après l'ouverture, et ses débris peuvent devenir la cause de putridité.

Je n'ai pas cru devoir pratiquer ce curage, et me suis contenté de la nettoyer avec des éponges, après lavage abondant. L'élimination de cette surface s'est faite assez bien, grâce aux lavages quotidiens; chez ma première opérée (obs. II), il y eut cependant un peu de septicité. Je serais donc assez disposé à pratiquer sa destruction aussi parfaite que possible, mais en agissant avec prudence, à cause de la friabilité de la poche, qu'il serait dangereux de perforer.

Il me semble qu'il est inutile de pratiquer un drainage en anse passant par le vagin. Les lavages bien ordonnés suffisent pour rendre aseptique la poche de l'abcès malgré sa déclivité, et la guérison est plus prompte.

L'ouverture de ces abcès par le vagin est dangereuse, ainsi que je l'ai déjà dit, à cause de l'épaisseur des tissus à traverser et aussi à cause de la crainte qu'on peut avoir d'ouvrir accidentelle-

ment le péritoine ou les grosses veines du bassin, quand on agit à l'aveugle.

Mais il est un autre mode d'intervention qui a été proposé par le Dr Byford [1] et qui consiste, dans le cas d'abcès purulent communiquant avec le rectum, à dilater l'anus et à aller à la recherche de l'orifice fistuleux. Après l'avoir agrandi on draine la poche. Ce procédé peut être utile dans certains cas, mais il est difficile à pratiquer, et je crois que l'antisepsie de la poche dans ces conditions doit être aléatoire. Aussi, malgré le succès signalé par Byford, je me résoudrais difficilement à le pratiquer et je préférerais ordinairement la laparotomie.

En résumé, ce mode d'intervention pour les abcès profonds intra-péritonéaux en voie de formation ou devenus fistuleux me semble très rationnel. Il a donné de beaux succès en Angleterre, surtout entre les mains de Lawson Tait; en Amérique, entre les mains de Fenger [2], qui eut à traiter ainsi trois cas assez semblables aux miens.

J'insiste donc sur les avantages qu'elle procure et sur la sécurité qu'elle donne, quand le péritoine est indemne de toute souillure.

Cette opération doit entrer dans la pratique chirurgicale au même titre que la cholécystotomie, l'ouverture par la laparotomie des kystes hydatiques du foie, ou toute autre opération acceptée aujourd'hui par la plupart des chirurgiens et qui a pour principe d'ouvrir le péritoine comme premier temps d'une opération plus profonde.

Communication.

M. Defontaine lit une communication sur les *coups de soleil* produits par la lumière électrique. (M. Terrier, rapporteur.)

Présentation de pièce.

M. Monod présente un utérus enlevé par la voie vaginale chez une femme âgée de 25 ans, le 6 mai dernier. Le corps est intact, le col seul est malade, mais la lésion se prolongeait dans le tissu paramétique à gauche, au-dessus du cul-de-sac vaginal gauche.

Il résultait de cette disposition que la libération de l'utérus, facile à droite, fut très difficile à gauche ; de ce côté, le col, comme

[1] *Soc. de Gyn. de Chicago*, 1885.
[2] *Ann. med. ana. med. Newo.*, 1885.

fixé à la paroi du bassin, ne put être aucunement abaissé. Il fallut placer successivement jusqu'à huit grandes pinces à pression, qui permirent de détacher peu à peu toute la partie adhérente. Deux pinces semblables avaient été placées à droite, sept plus petites durent encore être posées au cours de l'opération ou à la suite de l'ablation de l'utérus.

Toutes ces pinces, au nombre de dix-sept, restèrent quarante-huit heures en place ; elles furent enlevées au bout de ce temps sans accident.

La guérison a marché sans encombre.

M. Monod fait remarquer combien ce fait vient à l'appui de la pratique recommandée par M. Richelot.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,

TERRILLON.

Séance du 8 juin 1887.

Présidence de M. LANNELONGUE.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Des lettres de MM. POZZI, ANGER et HUMBERT, demandant un congé pour la durée du concours de chirurgie pour le bureau central (commission des congés);

3° *De l'emploi de la cocaïne dans le traitement de l'hydrocèle par la teinture d'iode*, par le Dr A. BARILLOT.

Suite de la discussion sur l'obstruction intestinale.

M. TRÉLAT. Dans la dernière séance, M. Terrier nous a dit qu'il partage l'opinion de M. Le Fort sur les difficultés du diagnostic des

causes de l'obstruction et sur la nécessité de la laparotomie exploratrice. Cependant, rareté du diagnostic ne veut pas dire complète ignorance. Le malade de M. Terrier a présenté la plupart des symptômes du cancer de l'estomac étendu à l'origine du côlon descendant. Dans ces conditions, il a pratiqué la laparotomie. Dans un cas semblable, j'aurais, de préférence, fait l'anus contre nature.

Quand, au contraire, on n'a pas de diagnostic, on fait la laparotomie; c'est ce que je conseille, pour ma part, après bien d'autres; c'est ce que M. Terrier a fait, alors qu'il avait en main des éléments sérieux, ce me semble, de diagnostic.

Le fait de M. Terrier indique que si, obéissant à la quantité des éléments de diagnostic qu'il avait en main, M. Terrier eût fait l'anus contre nature, il eût épargné la laparotomie qu'il a faite à son malade.

Je conclus donc en disant que M. Terrier avait une somme d'indications précises pour le diagnostic, et que ce n'est pas la laparotomie préalable qui pouvait augmenter ses chances de succès.

M. Verneuil. L'observation de M. Terrier montre que si l'anus contre nature a fait bonne besogne, les piqûres de l'intestin en ont fait de mauvaises. L'autopsie a démontré l'existence de petites perforations.

M. Terrier. M. Verneuil se déclare nettement pour l'anus contre nature ; M. Trélat manifeste une tendance pour l'anus contre nature ; M. Le Fort est pour la laparotomie ; pour moi, il n'y a là qu'une question d'observation.

Mon diagnostic était bien loin d'être certain. Le malade avait environ 36 ans; à cet âge, le cancer est peu probable ; c'est à cause de l'incertitude dans laquelle je me trouvais que je fis d'abord la laparotomie, et ensuite c'est après examen anatomique de la lésion que j'ai pratiqué l'anus contre nature. Les chances de succès étaient bien aléatoires.

Je répondrai à M. Verneuil que ce n'est pas la première fois que j'ai ponctionné l'intestin ; dans l'ovariotomie, il arrive souvent que l'on fait accidentellement de petites incisions de l'intestin, le tout sans danger.

Il me souvient d'une opération célèbre, faite par M. Trélat. L'intestin fut ouvert d'un coup de ciseaux malheureux ; cette plaie accidentelle guérit parfaitement bien avec quelques points de suture.

Quant à mon malade, M. Hallé, qui fit l'autopsie, a trouvé deux perforations de l'intestin et les incrimine dans le résultat fatal.

Pour moi, mon interprétation est différente; l'asepsie qu'on a dans les hôpitaux ne suffit pas, il faut avoir des compresses bouillies aseptiques non seulement dépourvues de microbes, mais encore des germes eux-mêmes. Ces germes y doivent être détruits eux aussi; comme on le sait, la plupart d'entre eux éclosent vers le dixième ou douzième jour, c'est vers cette époque qu'effectivement mon opérée a été prise des premiers accidents qui l'ont enlevée.

M. Verneuil. J'entends pour la deuxième fois, dans le cours de cette discussion, comparer deux choses incomparables. Dans l'ovariotomie, l'intestin est sain; dans l'étranglement herniaire ou l'étranglement interne, l'intestin est malade. Aussi le résultat est-il presque toujours funeste en ce cas, j'en appelle à la thèse de Vogt. L'autopsie démontre ici qu'il y a eu des perforations, et nous savons que celles-ci donnent lieu le plus souvent à des péritonites mortelles.

M. Terrier. J'ai fait des sutures sur ces diverses piqûres. M. Hallé n'a vu nulle part d'épanchement et a dû décoller les anses intestinales pour les trouver.

M. Sée. J'ai eu l'occasion de faire de nombreuses piqûres de l'intestin, sans avoir jamais d'accidents, peut être en aurais-je eu si l'intestin eût été primitivement malade.

Suite de la discussion sur la suture des nerfs.

M. Quenu. En dehors de l'observation pathologique, l'étude embryologique nous démontre que le tube nerveux n'a pas une vie propre, indépendante, mais qu'il demeure une émanation de la cellule, il ne peut naître que de celle-ci, il peut bourgeonner, mais à la condition qu'il aura gardé ses connexions avec la cellule nerveuse, j'allais dire avec sa matière cellulaire. Or, comme, à l'exception de Sigmund Mayer, personne n'a vu des cellules dans les nerfs sectionnés, il faut bien se décider à abandonner pour jamais la théorie de la restauration autogénique.

Dans la dernière séance, M. Polaillon s'est attaché à une autre interprétation : le bout périphérique, dit-il, renferme des fibres qui n'ont pas dégénéré et qui proviennent des nerfs voisins ; donc, dans la suture secondaire comme dans la suture primitive, ce sont bien des fibres nerveuses saines que nous rapprochons bout à bout. Cela est vrai, mais supposez faite, un instant, la soudure de votre fibre récurrente périphérique avec les fibres centrales du nerf coupé, si cette fibre recurrente n'a pas dégénéré, c'est qu'elle est en communication par son autre bout avec un ganglion spécial.

Votre soudure n'aboutirait donc qu'à la constitution d'un arc à sommet occupant la cicatrice nerveuse et dont les deux chefs répondraient aux ganglions spinaux, mais ainsi votre nerf resterait sans relations avec la peau. Les observations de sutures secondaires laissent donc subsister ce qu'on a si bien appelé le paradoxe histologique.

Les résultats obtenus par la réunion primitive jettent-ils un peu plus de jour sur la question ? M. Segond nous a donné le résumé d'une fort intéressante observation. Il a fait la suture dans un cas de section complète du cubital et du médian ; la sensibilité a reparu peu après. Dans le cours de sa communication, il nous a semblé pressentir son sentiment, sinon sa conviction, lorsqu'il a prononcé à plusieurs reprises le mot de contact. Si on se refuse à admettre la réunion par première intention d'un cylindre axe avec un autre cylindre axe, ne peut-on concevoir la conduction par contact des deux nerfs fraîchement sectionnés, comme l'a fait M. Le Fort ? Mais ce serait reculer seulement la difficulté, car la sensibilité s'est maintenue dans les observations de Segond et des autres observateurs. Il a donc fallu que le bout périphérique restât vivant, et il n'a pu le faire que remis en connexion avec un ganglion nerveux. Nous sommes ramenés à la cicatrisation primitive, idée qu'il faut reléguer au champ des hypothèses, tant que le hasard n'aura pas fourni l'occasion d'examiner anatomiquement chez l'homme, peu de temps après l'opération, une suture nerveuse faite avec succès.

Reste une troisième interprétation, interprétation qui a été assez mal reçue, je pense, par la plupart des chirurgiens, et qui peut-être est inapplicable à quelques cas, c'est celle de M. Brown-Séquard.

Brown-Séquard affirme, et il le prouve expérimentalement, qu'il est impossible d'irriter un peu fortement une partie quelconque du système nerveux à action centripète, sans produire un changement dans les centres nerveux et dans les nerfs sensitifs et moteurs ; il y a dynamogénie dans certains points, inhibition dans d'autres (*Soc. de biol.*, 1884).

Appliquant ces notions indiscutables aux observations de M. Tillaux, Brown-Séquard disait : « L'énergie des nerfs peut être insuffisante pour que, après section de l'un d'eux, la sensibilité persiste à un degré très notable dans les parties innervées par le nerf coupé ; mais si, par suture ou par irritation du bout central du nerf sectionné, on vient à augmenter la puissance d'action des filets nerveux intacts provenant de troncs non lésés et se distribuant à la partie paralysée, il est tout simple que la sensibilité et les mouvements volontaires reparaissent. » Et Brown-Séquard

ajoutait : « Il est probable que, sans la suture, une autre irritation du bout central du nerf médian aurait donné un résultat favorable. »

C'est justement là l'expérience que vient de réaliser M. Polaillon. M. Polaillon et nous tous, sommes bien obligés d'admettre que, dans son observation, les deux bouts du cubital s'étaient soudés, qu'il y avait eu régénération ; or, malgré ce raccommodage anatomique, si j'ose dire, la fonction physiologique était restée lettre morte ; vous survenez, vous touchez au médian et vous restituez du même coup au cubital son domaine sensible, c'est là indubitablement de l'action dynamogénique au premier chef.

Voici un fait clinique à l'appui de la théorie dynamogénique :

Le 1er septembre 1886, j'eus à examiner une jeune femme qui s'était coupé le poignet gauche, deux mois auparavant, avec des éclats de porcelaine. Elle ne reçut d'abord aucun soin et dut renoncer à se servir de sa main. Dès qu'elle voulut reprendre sa profession de couturière, elle remarqua, en outre des phénomènes de refroidissement et de décoloration de la peau dont elle s'était déjà aperçue que le pouce, l'index et le médius étaient complètement insensibles.

Bien que les muscles du pouce parussent légèrement atrophiés, les mouvements étaient suffisamment conservés.

L'exploration méthodique de la sensibilité confirma le dire de la malade.

Le 1er septembre, je mis le nerf médian à découvert, avec l'intention de faire la suture des deux bouts, supposant que la réunion spontanée n'avait été que partielle et avait rendu la sensibilité à la première phalange du pouce, la motilité aux muscles thénardiens. Je fus surpris, après avoir sectionné la peau et dégagé la cicatrice nerveuse, de constater que la réunion nerveuse était parfaite ; un renflement en boule indiquait le siège de la section, et ce renflement adhérait sur les côtés à un bout du tendon du grand palmaire sectionné. Je libérai le grand palmaire, afin de faire la suture tendineuse, et ne touchai pas autrement au nerf médian.

Lorsque la malade fut bien réveillée, j'explorai la sensibilité, je la trouvai très manifeste à la pulpe du pouce ; les premières phalanges de l'index et du médius avaient elles-mêmes cessé d'être complètement insensibles.

Le 5 septembre, seules les phalangettes de l'index et du médius sont restées privées de toute sensibilité.

Cette dernière phase dans le rétablissement fonctionnel pourrait être mise sur le compte des progrès de la régénération. On ne peut faire la même objection au rétablissement partiel postopératoire.

Nous avons légèrement irrité le nerf médian cicatrisé ; notre malade a récupéré de la sensibilité ; nous avons donc le droit de dire que notre opération irritative sur le médian a dynamogénié le radial et peut-être les fibres déjà régénérées du médian, de même que l'opération de M. Polaillon sur le médian a dynamogénié le cubital, et vraisemblablement aussi le radial.

La très sérieuse objection de M. Tillaux, que le radial, limité dans sa distribution à la face dorsale des premières phalanges, ne peut rendre la sensibilité aux pulpes digitales des phalangettes n'est pas irréfutable. Les travaux répétés de MM. Arloing et Tripier ont renversé le théorème de Muller, et mis en lumière ce fait que tel filet nerveux ne tient pas sous sa dépendance telle portion des téguments, mais qu'à la périphérie il se fait, par récurrence, une véritable association fonctionnelle des nerfs.

Je dirai, en terminant, et en bornant ma communication à ce qui a trait aux nerfs sensitifs : l'observation de M. Polaillon et la mienne viennent à l'appui des conclusions suivantes :

Il y a deux phénomènes en date dans le rétablissement de la sensibilité à la suite des sutures nerveuses :

1° Un phénomène de suppléance latente, préexistant à l'opération, et dépendant de la distribution anatomique des fibrilles nerveuses ;

2° Un phénomène de réveil physiologique, de dynamogénie, si on veut, sous l'influence de l'intervention opératoire.

M. Richelot. Les faits qu'on apporte sont bien inexplicables quoique réels : M. Polaillon est peut-être allé trop loin en disant qu'on ne pouvait les expliquer par une suppléance collatérale avant l'opération. J'ai observé un certain nombre de plaies nerveuses avec quelques-uns de mes collègues, toujours il y avait sensibilité collatérale. Après l'opération, il devient difficile de faire la part de ce qui lui revient et de ce qui revient à la suture.

Une grande partie de ces faits de retour de la sensibilité ne prouvent rien pour la régénération ; pour la démontrer, il faudrait observer en même temps la réapparition des fonctions musculaires; et encore dans des cas semblables on doit se défier de la présence de certaines anomalies nerveuses. Le fait du rétablissement de la fonction musculaire après la suture est bien réel, c'est ce qu'ont vu MM. Chrétien, Tillaux (2 fois). Mais on a cru, après les faits de M. Tillaux, pouvoir rétablir toujours la fonction musculaire; M. Segond a démontré le contraire.

M. Polaillon. La théorie de M. Quénu n'est en somme qu'une théorie sur laquelle on doit encore faire les plus grandes réserves.

Je n'ai pas nié la récurrence, les expériences de M. Vulpian ont bien montré que la sensibilité existe encore dans le bout périphérique, et M. Ranvier a trouvé dans le tronçon du nerf dégénéré l'existence de tubes nerveux complets ; donc, quand on vient à le réunir au bout central, il y a des phénomènes de conductibilité nerveuse, mais ces phénomènes ne sont pas tout à fait normaux ; le bout périphérique n'étant pas un nerf complet, il ne peut reproduire les fonctions complètes du nerf.

.La théorie de la réunion immédiate est la plus plausible. En résumé, j'ai apporté un fait dans lequel les deux nerfs étant coupés, il ne pouvait pas y avoir de récurrence, comment donc l'expliquer autrement que par la réunion immédiate.

M. Reclus. D'après les recherches d'Arloing et Tripier, les fibres récurrentes ne sont jamais motrices, toujours sensitives.

La théorie de la dynamogénèse peut seule donner une explication de la réapparition de la sensibilité et de la motricité. M. Beaunis a relaté un fait de ce genre dans lequel la résurrection de la main était complète. Dans les faits de Kölliker et dans ceux de M. Tillaux, au bout de 8, 14, 28 jours, la motricité même et la sensibilité ont reparu en même temps.

M. Quénu. A M. Polaillon je répondrai que si l'on admet la réunion primitive du cylindre axe au cylindre axe, je ne vois pas comment on peut expliquer la réapparition de la sensibilité dans le domaine du cubital lorsqu'on n'a suturé que le médian.

M. Polaillon. Je l'explique par la réunion du cubital lors de ma première opération, réunion qui n'a pas rétabli immédiatement les fonctions. Ces fonctions ne se sont rétablies qu'après la réunion du médian, par les fibres récurrentes.

Communication.

Cystite douloureuse traitée par la création d'une fistule vésico-vaginale,

Par M. Le Dentu.

J'ai communiqué, il y a quelque temps, deux cas de cystite douloureuse traités par la création d'une fistule vésico-vaginale. J'ai dit qu'après six mois j'avais suturé la fistule d'une de mes malades et qu'elle était guérie, sauf que les envies d'uriner sont restées assez fréquentes.

Quant à la deuxième malade (Estelle Br...), opérée en dé-

cembre 1885, je lui ai laissé sa fistule ouverte jusqu'au 23 février 1887, parce qu'elle avait des accidents graves de tuberculisation pulmonaire et une uréthrite dont elle souffrait beaucoup.

C'est donc après quinze mois que j'ai suturé la fistule, quoi qu'il persistât un peu de gonflement de l'urèthre et que les accidents pulmonaires fussent loin d'être arrêtés.

Les suites furent des plus heureuses. La réunion immédiate fut obtenue sans peine. De plus, les accidents pulmonaires ni l'urétrite ne furent aggravés; au contraire, il survint des deux côtés une amélioration notable.

Mais ce qu'il y a de fort intéressant, c'est que la miction est redevenue d'une régularité parfaite et ne provoque pas du tout de douleurs. La malade urine tout au plus quatre ou cinq fois par vingt-quatre heures. Son état général est meilleur qu'il n'a jamais été.

Lecture.

M. Lavaux lit une note *sur la cystite douloureuse.*

Rapport.

Sur deux observations adressées à la Société de chirurgie, par M. le Dr V. Faucon, professeur à la Faculté libre de médecine de Lille, *et relatives : 1° à un cas de taille hypogastrique; 2° à une luxation de la rotule complète verticale du côté externe.*

Rapport par M. Kirmisson.

Messieurs, M. le Dr Faucon (de Lille) nous a adressé deux observations dont je suis chargé de vous rendre compte.

La première est relative à une taille hypogastrique pratiquée sur un jeune homme de 19 ans, chez lequel les premiers symptômes de la pierre remontaient à la cinquième année. A 12 ans, une tentative de cathétérisme demeura sans résultat; à 17 ans, une seconde tentative fut plus heureuse, et permit de reconnaître l'existence d'un calcul; mais il est à remarquer que la sonde ne franchit qu'avec difficulté le col de la vessie. Lorsque le malade se présenta à l'examen de M. Faucon, le 17 novembre 1885, le toucher rectal permit de reconnaître une hypertrophie du lobe droit de la prostate; du reste, cette glande en totalité était douloureuse à la pression. Une sonde en caoutchouc rouge ne pénétra que difficilement dans la vessie; elle fut arrêtée au niveau du col, et il fallut, pour le lui faire franchir, insister

sur la pression pendant quelques instants. Une sonde exploratrice, en argent, fut arrêtée dans le même point. On pénétra seulement dans la vessie à l'aide d'une sonde en étain, à laquelle on imprima une courbure brusque et petite, comme dans la sonde de Mercier. Immédiatement on put sentir, en arrière et au-dessous du col, un calcul que l'étendue du contact avec la sonde permit d'évaluer à un diamètre de trois travers de doigts. En présence de ces dimensions considérables de la pierre et des difficultés du cathétérisme, M. Faucon se décida à recourir à la taille hypogastrique. Celle-ci fut pratiquée le 24 novembre et son exécution ne donna lieu à aucun incident digne d'être noté. 250 grammes d'une solution boriquée à 4 0/0 furent introduits dans la vessie. Le ballon de Petersen, introduit dans le rectum, fut distendu avec 250 grammes d'eau tiède également. Le calcul extrait mesurait 5 centimètres et demi dans son plus grand diamètre, 4 centimètres et demi dans son diamètre transversal sur 3 centimètres et demi d'épaisseur. Il avait la forme d'un ovoïde aplati et pesait, à l'état frais, 71 grammes. L'analyse chimique a démontré qu'il était formé d'un noyau d'urates enveloppé d'une couche de carbonates et de phosphates. M. Faucon introduisit dans la vessie les tubes de caoutchouc conseillés par M. Périer, et les fixa à la peau par un point de suture. Il plaça, du reste, quatre points de suture métallique sur la paroi abdominale.

Le soir même de l'opération, l'urine a traversé les pièces du pansement; les tubes ne fonctionnent pas, ce que M. Faucon attribue à ce que le malade est trop enfoncé dans son lit. Il y remédie en plaçant un coussin sous le siège. A partir de ce moment, les tubes livrent passage à l'urine jusqu'au 28 novembre, où, en procédant au lavage de la vessie, on constate que l'un des tubes ne fonctionne pas bien.

Le 29 novembre, les tubes sont retirés; l'un d'eux est obstrué à son extrémité vésicale par un lambeau de tissu sphacélé, imprégné de matières calcaires grenues, ressemblant, dit M. Faucon, à un lambeau de muqueuse vésicale sphacélé. Ce même jour, les points de suture sont enlevés; les tubes sont remis en place après leur nettoyage.

Le 1er décembre, l'on supprime un des tubes; le malade commence à ressentir quelques envies d'uriner. Pendant les jours suivants, la plaie se désunit; il en résulte une surface bourgeonnante, en forme d'entonnoir, au fond de laquelle se voit l'orifice vésical. Le second tube est enlevé le 4 décembre; le 8 et le 9, M. Faucon essaie, mais en vain, de placer une sonde à demeure dans l'urèthre, il en est empêché par la contracture persistante du col. Enfin, dans la nuit du 11 au 12 décembre, le malade parvient à rendre des urines par l'urèthre; mais cette miction ne se fait qu'au prix de vives douleurs partant du col vésical et se propageant tout le long du canal; à chaque miction, l'urine est fortement colorée par le sang. Un violent accès de fièvre fait monter la température à 39°,5. Toutefois les accidents sont bientôt calmés par l'emploi du sulfate de quinine et du bromure de potassium. La miction devient facile; le 14 décembre, les pièces du pansement ne sont plus tachées par l'urine; la cicatrisation marche rapidement, et elle est complète le 27 décembre.

Je n'insisterai pas sur l'observation de M. Faucon, qui ne diffère pas, dans ses points principaux, des nombreux faits de taille hypogastrique qui vous ont été communiqués dans ces dernières années. C'est un nouvel exemple à l'appui de la tolérance que présente parfois la vessie pour les calculs, puisque, chez ce jeune homme, les premiers symptômes vésicaux se sont montrés à 5 ans, et qu'il a porté sa pierre jusqu'à l'âge de 19 ans. Deux points, toutefois, méritent d'attirer notre attention : c'est d'abord cette contracture douloureuse du col qui, avant l'opération, rendit l'exploration de la vessie très difficile, ou même parfois tout à fait impossible. Elle persista après la taille hypogastrique, et lorsque M. Faucon voulut placer dans l'urèthre une sonde à demeure, il ne put triompher de cet obstacle. C'est à cette contracture persistante qu'il faut attribuer la lenteur avec laquelle l'urine reprit son cours par les voies naturelles. C'est en effet le dix-neuvième jour seulement après l'opération que la miction normale reparut chez ce jeune homme, alors que les tubes placés dans la vessie avaient été retirés depuis plusieurs jours, et que la plaie vésicale était considérablement rétrécie. Un second point à noter dans cette observation, c'est la mention d'une hypertrophie prostatique portant sur le lobe droit de la glande. L'hypertrophie de la prostate est chose tellement rare à cette période de la vie, que je conçus quelque doute à l'égard de ce diagnostic, et demandai à M. Faucon un supplément d'informations. J'ai reçu sa réponse le 15 avril 1887; il avait revu son malade la veille même. « Il ne reste plus trace, nous dit-il, de l'hypertrophie prostatique que j'avais constatée lors de mon intervention, et c'est en vain que, par le toucher, j'ai cherché à trouver une différence entre les lobes droit et gauche de l'organe. Ce jeune homme jouit actuellement d'une santé florissante et a repris depuis plus de six mois, sa vie ordinaire. » En présence de ces renseignements, nul doute qu'il ne s'agisse là d'une erreur d'interprétation. Outre que l'hypertrophie prostatique est exceptionnellement rare chez les jeunes gens, elle ne disparaît pas ainsi complètement à la suite d'une opération de taille; l'expérience de chaque jour est là pour le prouver. Ce que M. Faucon a pris pour une hypertrophie du lobe droit de la prostate, n'était autre chose que le calcul lui-même qui, siégeant immédiatement en arrière et au-dessous du col, comme le note expressément l'auteur, dans son observation, faisait saillie dans le rectum. C'est à cette localisation du calcul que doit être également rattaché le spasme persistant du col vésical qui a retardé la miction normale ; sans doute, aussi, la muqueuse présentait à ce niveau, des lésions ; de là l'hémorrhagie assez abondante et l'accès de fièvre urineuse qui ont accompagné la première miction. Ces réserves faites, nous

ne pouvons qu'approuver la conduite de M. Faucon, et nous vous proposons d'adresser à l'auteur des remerciements, en déposant son travail dans les archives.

Discussion.

M. Sée. Les tubes dans cette observation de taille hypogastrique n'ont pas fonctionné, ils ont donné lieu à des accidents puisqu'il s'est produit des lambeaux gangrénés sur la surface vésicale. M. Périer a conseillé de les placer beaucoup moins longs; l'idée de M. Faucon de placer une sonde à demeure ne me semble pas non plus bien heureuse.

M. Périer. Il faut, pour que les tubes fonctionnent bien, qu'ils ne soient pas bouchés par la paroi vésicale même que repousse en avant le rectum; il faut leur laisser un certain jeu afin qu'ils puissent monter ou descendre; ils ne doivent pas être trop longs, il faut aussi qu'on ne les suture pas à la peau.

La seconde observation de M. Faucon est relative à une luxation de la rotule. Il s'agit d'une jeune fille de 22 ans qui, le 27 avril 1886, dansant uue ronde dans un bal, perdit l'équilibre et tomba étendue sur le côté droit. Elle éprouva en même temps une douleur déchirante dans l'articulation du genou du côté correspondant. Le danseur qui la suivait voulant l'éviter, fit un bond pour passer au-dessus d'elle; mais il ne sauta pas assez loin, et l'un de ses pieds retomba lourdement sur la face interne du genou de la malade, en exaspérant la douleur primitivement ressentie. La jeune fille ne put se relever, et l'on dut la transporter chez elle. Aussitôt après l'accident, la jambe était à demi fléchie sur la cuisse; mais, dans les mouvements communiqués au membre pour déposer la malade sur son lit, la jambe se trouva brusquement redressée. Un médecin appelé ne put pratiquer la réduction. Quarante-huit heures après le traumatisme, M. Faucon voit pour la première fois la malade. Il trouva la jambe dans l'extension sur la cuisse, et paraissant légèrement déviée en dehors. Le genou, élargi et aplati d'avant en arrière, est le siège d'un épanchement, moyennement abondant. La main, appliquée sur l'articulation, peut explorer aisément à travers la peau la poulie articulaire qui devient saillante et appréciable dans toute son étendue, si on fléchit la jambe sur la cuisse. Du reste, ce mouvement de flexion s'exécute sans difficulté, mais il est très douloureux.

La rotule est accolée en dehors à la face externe du condyle, au-dessus de la tubérosité de ce dernier.; l'un de ses bords fait en avant, sous les téguments, une saillie assez prononcée. Le ligament rotulien, fortement tendu, se dirige en bas et en dedans; il fait sous la peau un relief appréciable à la vue; au toucher, on croirait avoir sous les doigts un épais cordon aplati et *tordu sur lui-même*. Jusqu'ici l'explo-

ration, quoique douloureuse, avait été assez bien tolérée; mais quand on chercha à imprimer quelques mouvements à la rotule et à déterminer ses rapports précis avec le condyle, on provoqua de telles douleurs que la malade demanda qu'on cessât l'examen. M. Faucon n'ayant ni chloroforme, ni pièces de pansement, remit la réduction au lendemain. Mais, par suite de circonstances indépendantes de sa volonté, il ne put, nous dit-il, revoir la malade que le 3 mai, c'est-à-dire le sixième jour après l'accident. La situation ne s'était guère modifiée. La réaction inflammatoire était peu intense; l'épanchement n'avait pas augmenté; une large ecchymose s'était produite à la partie antéro-interne du genou. Le chloroforme étant administré jusqu'à résolution complète, M. Faucon peut alors constater que la rotule a subi un mouvement complet de rotation de dedans en dehors sur son axe vertical. La face articulaire, facilement reconnaissable à travers la peau à son poli, à ses facettes et à sa crête, est dirigée en dehors et un peu en arrière; sa face antérieure qui regarde en avant et en dedans, est appliquée, dans la plus grande partie de son étendue, sur la face externe du condyle externe. Son bord externe, qui dépasse légèrement le rebord externe de la poulie fémorale, soulève la peau en avant; le bord interne est dirigé en arrière. Cette disposition explique la torsion du ligament rotulien constatée lors du premier examen, et qui est encore facilement appréciable. La rotule est peu mobile; dans les mouvements qu'on lui imprime, on perçoit un craquement analogue à celui que produisent deux surfaces rugueuses frottant l'une contre l'autre. En présence de cet ensemble de signes, M. Faucon conclut qu'il se trouvait en présence d'une luxation complète de la rotule en dehors, avec renversement correspondant.

Malgré une anesthésie complète, la réduction fut laborieuse, et ce ne fut qu'après des tentatives réitérées et au bout de sept à huit minutes qu'on put l'obtenir. Le premier procédé qui fut employé par M. Faucon, péchait essentiellement par sa base; aussi n'est-il pas étonnant qu'il ait échoué. La jambe étant étendue sur la cuisse, et celle-ci légèrement fléchie sur le bassin, ce chirurgien accrocha avec les doigs le bord externe de la rotule et tenta de l'attirer en dehors et en bas, dans le but, nous dit-il, soit de transformer la luxation par renversement en luxation externe complète, soit de faire remonter d'arrière en avant le bord interne de la rotule sur la face externe du condyle, de façon à lui faire franchir le rebord externe de la trochlée fémorale et à obtenir la réduction.

Appliquant en arrière, par leur face palmaire, les deux pouces opposés l'un à l'autre, sur le bord interne de la rotule, il repoussa celle-ci d'arrière en avant, de manière à faire glisser sa face antérieure sur la face externe du condyle, tandis qu'avec l'index et le médius de chaque main recourbés, il accrochait le bord externe de la rotule et l'attirait en dehors. Après plusieurs tentatives infructueuses, il sentit brusquement se dégager le bord interne de la rotule qui franchit le rebord externe de la poulie fémorale. Un claquement caractéristique se produisit; la rotule avait repris sa situation normale.

Tel est, Messieurs, le fait qui nous a été communiqué par M. Faucon, fait réellement exceptionnel et, pour ma part, je ne connais aucune observation semblable. Nous connaissons bien les luxations de la rotule par renversement de dehors en dedans, mais un renversement de la rotule associé à une luxation complète en dehors n'a pas encore été décrit. Nous ne saurions donc, avant d'admettre la réalité d'un pareil déplacement, nous entourer d'un trop grand nombre de preuves. Aussi ai-je écrit à M. Faucon, en le priant de me donner quelques renseignements complémentaires qui fussent de nature à confirmer son diagnostic.

Voici sa réponse : « La rotule, me dit-il, reposait directement sur la face externe du condyle externe, en avant de la tubérosité externe de ce dernier, et son bord externe, devenu antérieur, dépassait d'un bon centimètre le rebord de la trochlée fémorale, faisant sous les téguments une saillie nettement appréciable à la vue et au toucher. Les facettes de la face postérieure de la rotule et la crête qui les sépare pouvaient être facilement reconnues par la palpation, grâce à l'anesthésie chloroformique, à travers la peau. Mes souvenirs sont très précis à cet égard et concordent de tout point avec les détails que je trouve consignés dans le brouillon de l'observation, rédigé le soir même de mon intervention. »

Ainsi donc, Messieurs, les détails donnés par M. Faucon sont très précis; sa description ne laisse place à aucun doute, et à moins qu'il n'ait été victime d'une complète illusion, nous devons admettre la réalité du déplacement qu'il a observé.

Dans un premier cas, après avoir luxé la rotule complètement en dehors, au moyen d'une large section de ses ligaments internes combinée à la traction en haut et en dehors et à la flexion brusque du genou, par le mécanisme indiqué par Voillemier, nous avons pu la faire pivoter autour de son bord externe, de façon à ce que sa face articulaire vînt regarder en dehors ; la face antérieure ou cutanée étant appliquée sur la face externe du condyle externe. Dans ce cas, les ligaments latéraux externes restaient intacts; mais si tel était le mécanisme de la luxation, on ne comprendrait pas comment le procédé de réduction employé par M. Faucon a réussi. En effet, la propulsion d'arrière en avant n'aurait eu d'autre résultat que de tendre les fibres des ligaments latéraux externes et d'appliquer plus fortement la rotule sur la face externe du condyle. Dans une seconde expérience, nous avons pu, après avoir produit la luxation complète en dehors, réaliser le renversement de la rotule en faisant pivoter cet os, non plus autour de son bord externe, mais bien autour de son bord interne; nous avons produit, en un mot, un renversement de dehors en dedans. Mais cette luxation complète en dehors, avec renversement de la

rotule de dehors en dedans, nous avons pu même la produire dans deux conditions différentes, avec ou sans déchirure des ligaments latéraux externes.

En exerçant une violence considérable sur le bord interne de la rotule par des coups de marteau répétés, portés en ce point, nous avons pu renverser l'os et amener son bord externe en avant avec conservation des ligaments latéraux externes. Mais, dans ce cas, ces ligaments externes conservés forment, au-devant de la face articulaire de la rotule, un épais coussinet qui empêche de reconnaître aisément, à travers la peau, tous les détails de cette face. M. Faucon note au contraire que la face articulaire de la rotule était aisément reconnaissable par la palpation à travers la peau. Il est donc beaucoup plus probable que la luxation s'est produite avec déchirure simultanée des ligaments latéraux externes et internes. Du reste, cette double déchirure a été constatée par Streubel, dans ses expériences sur les luxations de la rotule par renversement de dehors en dedans. Elle permet de comprendre beaucoup plus aisément la production du déplacement; elle permet enfin d'apprécier nettement tous les détails de la face postérieure de la rotule devenue immédiatement sous-cutanée. Dans cette hypothèse, la luxation complète de la rotule en dehors avec renversement, ne serait que le degré le plus avancé du déplacement auquel M. Berger, dans son article du *Dictionnaire encyclopédique* donne le nom de luxation externe transversale, et dans lequel la rotule repose par son bord interne sur la face externe du condyle externe. Que la violence continue à agir sur l'angle formé par le condyle et la rotule déplacée, on comprend qu'elle pourra faire glisser sur la face externe du condyle la face postérieure de la rotule, de façon à amener en avant son bord externe et à produire le renversement complet de cet os.

Il est permis de croire que les choses se sont passées de cette façon dans le cas de M. Faucon, la rotule s'étant luxée transversalement en dehors, au moment de la chute, et le pied du danseur étant venu tomber lourdement dans l'angle formé par la rotule et le condyle, de façon à compléter le renversement rotulien. Il est toutefois une objection qu'on peut faire à M. Faucon : du moment où il admet l'existence d'un renversement complet de la rotule, l'auteur aurait dû noter une rotation complète de cet os sur lui-même, au moment de la réduction du déplacement. Son observation est muette à cet égard. Ce n'est pas toutefois une objection suffisante, ce nous semble, pour douter de la réalité de cette variété de luxation. Il peut se faire, en effet, que l'évolution de la rotule, ait été si rapide que le chirurgien n'ait pu en suivre les divers temps. Nous devons encore faire à M. Faucon une légère

objection. Il intitule son observation : Luxation de la rotule externe complète verticale. Cette dénomination est insuffisante pour désigner la variété de déplacement décrit par lui ; il faut dire : luxation externe complète avec renversement.

M. Berger. L'interprétation de M. Kirmisson me paraît être la bonne ; il y a eu là deux actions successives qui ont produit définitivement la luxation.

Présentation de malade.

M. Monod présente deux malades, — l'un atteint de panaris analgésique, — l'autre à qui il a fait la greffe tendineuse du fléchisseur du pouce avec retour des fonctions.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,
Terrillon.

Séance du 15 juin 1887.

Présidence de M. Lannelongue

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° MM. Nélaton, Prengrueber, se portent candidats à la place de membre titulaire déclarée vacante ;

3° *Kyste dentaire ouvert dans le sinus maxillaire*, par le Dr Baunor, de Châlons (Commissaire : M. Magitot).

Communication.

Spasme de l'urèthre,

Par M. Verneuil.

Dans l'une des observations de M. Faucon, sur lesquelles M. Kirmisson a fait un rapport, il est question d'un spasme ou d'une contracture du col de la vessie qui a rendu difficile le cathétérisme explorateur et le passage d'une sonde à demeure. Le calcul ayant été reconnu, on a pratiqué la taille hypogastrique, mais la guérison de la plaie paraît avoir été également retardée par la même contracture.

Ayant eu affaire deux fois dans ces derniers temps à de semblables obstacles spasmodiques chez des malades auxquels j'avais pratiqué la taille périnéale et qui furent atteints consécutivement de fistules périnéales rebelles, j'ai étudié avec quelques soins le phénomène en question. Je me promettais même de vous faire, à ce propos, une communication que j'aurais intitulée : *D'une cause peu connue de fistules à la suite de la taille périnéale.*

Je profiterai de l'occasion que m'offre le rapport de M. Kirmisson pour vous exposer brièvement ce que j'ai observé.

Observation I. — *Calcul vésical, spasme intense et prolongé de la portion musculaire de l'urèthre empêchant la dilatation du canal et l'introduction du cathéter cannelé. — Taille médiane sur conducteur flexible. — Hémorrhagie palustre. — Continuation du spasme uréthral. — Fistule périnéale rebelle. — Guérison.*

X..., mon premier malade, homme de 50 ans environ, avait séjourné une première fois dans mon service pour un prétendu rétrécissement de l'urèthre siégeant au niveau du bulbe de l'urèthre, et dont je triomphai assez aisément et assez vite par la dilatation progressive. Quatre ans plus tard, il vint me retrouver pour ce qu'il croyait être une récidive de son rétrécissement. Je l'explorai et fus en effet arrêté net à 13 centimètres du méat. Comme toute la partie du canal située entre le méat et le point d'arrêt était entièrement libre et laissait passer une bougie olivaire aussi volumineuse que le méat pouvait l'admettre, j'en conclus qu'il ne s'agissait point d'un rétrécissement organique ou fibreux, mais bien seulement d'une contracture de la région membraneuse, symptomatique d'une lésion des voies urinaires profondes, située en amont du point contracturé; la prostate n'était pas trop volumineuse; les reins étaient insensibles à la pression, les urines étaient assez abondantes, mais différant peu de l'état normal; il n'y avait pas de fièvre, et comme d'autre part, les besoins d'uriner

étaient fréquents et que la miction était douloureuse, à la fin, je soupçonnai l'existence d'un calcul.

Pour s'en assurer, il fallait introduire dans la vessie un instrument métallique, et pour cela agrandir suffisamment le rétrécissement qui admettait à peine une bougie filiforme.

Je laissai d'abord les bougies à demeure pour lasser la contractilité musculaire, et parce qu'il arriva plusieurs fois qu'après avoir admis la veille un numéro 7 ou 8 de la filière Charrière, l'obstacle, le lendemain était absolument infranchissable ; enfin, nous arrivâmes un jour jusqu'au n° 17. J'en profitai pour pénétrer dans la vessie avec un cathéter d'argent de petit calibre, qui, après avoir été arrêté puis fortement serré par le muscle transverse finit par entrer dans la vessie. Je reconnus sans peine la présence d'une pierre de volume médiocre contenue dans une vessie eu bon état.

Un spasme plus fort et plus durable que jamais suivit cette exploration, qui cependant n'avait pas été douloureuse, et en dépit des bains, des lavements, des opiacés et du bromure de potassium, on ne put recommencer la dilatation qu'au bout de quelques jours.

Un tel état du canal de l'urèthre interdisait naturellement la litholapaxie qui exige des instruments volumineux et même la lithotritie ordinaire, force était de recourir à la lithotomie, la pierre m'ayant paru peu volumineuse ; la prostate était de volume moyen et le périnée peu épais; j'optai pour la taille médiane, qui, dans des cas semblables, m'a donné maintes fois d'excellents résultats.

Lorsqu'au bout d'une semaine environ, le canal admit sans trop de peine une bougie du n° 16, je me mis en demeure d'extraire le calcul, espérant bien que sous l'influence du chloroforme le spasme uréthral céderait et permettrait le passage facile du cathéter cannelé.

Mais il en fut tout autrement : bien que l'anesthésie ait été profonde, que le canal ne parût pas irrité et que la miction se soit effectuée naturellement une heure auparavant, il me fut impossible d'introduire non seulement le cathéter métallique, mais même la moindre bougie; une barrière invincible arrêtait tout instrument à 12 ou 13 centimètres; après deux longues minutes de tentatives, prudentes d'ailleurs, je dus abandonner la partie.

Le patient fut remis aux remèdes antispasmodiques, opium, bromure de potassium, bains et lavements chauds, puis au bout de trois jours la dilatation fut reprise, et quand le n° 16 passa, je tentai de nouveau la lithotomie, en me passant toutefois du cathéter métallique. En effet, il m'est arrivé assez souvent de faire l'uréthrotomie externe en n'ayant pas d'autre conducteur qu'une bougie filiforme en gomme ou en baleine ; en incisant les tissus couche par couche, contenus sur la ligne médiane, et avec le thermo-cautère qui permet de reconnaître les tissus qu'on divise, on parvient jusqu'à la bougie sans trop de peine.

Or, dans le cas présent, craignant de ne pouvoir encore placer le cathéter cannelé dans l'urèthre, et espérant bien trouver dans un périnée sain et dans un urèthre occupant sa place normale un corps cylindrique et ferme de 5 millimètres, je fis avec le thermocautère manié

lentement l'incision ordinaire de la taille médiane. En moins de deux minutes je mis à découvert la bougie d'autant plus facilement que la plaie était tout à fait exsangue. A travers l'ouverture de l'urèthre, je portai jusque dans la vessie une sonde cannelée qui servit de conducteur au lithotome simple, à l'aide duquel je débridai le col de la prostate sur la ligne médiane postérieure, après quoi l'extraction du calcul s'effectua sans difficulté. Je plaçai dans la plaie périnéale une grosse sonde de caoutchouc rouge, lavai la vessie et appliquai un pansement à l'iodoforme.

Tout alla bien jusqu'au troisième jour; alors survint par la plaie du périnée une hémorrhagie d'une certaine importance, mais que j'ai facilement arrêtée par des applications froides. Cet accident était arrivé à la fin de la nuit, sans douleur préalable, sans fièvre, sans malaise, sans lésion rénale apparente ni altérations de l'urine, et sans qu'enfin aucune violence ait été exercée sur la plaie. Celle-ci était en bon état, sans gonflement inflammatoire, et recouverte encore des débris de l'escarre produite par le thermocautère. En interrogeant l'opéré avec persistance sur ses antécédents, j'appris qu'il avait été jadis atteint de fièvre intermittente assez intense. En conséquence, soupçonnant un rappel de paludisme sous la forme hémorrhagique, je prescrivis 80 centigrammes de sulfate de quinine, et, sans toucher beaucoup à la plaie, je la soumis à la pulvérisation phéniquée deux fois dans la journée, pour désinfecter les quelques caillots qu'elle renfermait.

Mes prévisions se réalisèrent; le lendemain à la même heure, le sang se montra quelques instants et en petite quantité, puis ne reparut plus. Le sulfate de quinine fut continué pendant trois jours.

La plaie périnéale se détergea et commença à se cicatriser naturellement au septième jour. Je supprimai la sonde périnéale, espérant que l'urine s'engagerait au moins partiellement dans la partie antérieure de l'urèthre. Il n'en fut rien, et tout passa par le périnée. Quinze jours après l'opération il y avait une fistule étroite, mais qui donnait passage à la totalité du liquide urinaire.

Ayant pratiqué le cathétérisme pour le mieux, je retrouvai comme autrefois l'obstacle vers 12 centimètres. Il était donc évident que la contracture s'était rétablie dans la partie antérieure du muscle transverse, partie que j'avais naturellement respectée pour ne point blesser le bulbe qui la recouvre. Il fallait donc reprendre la dilatation, qui présenta les mêmes difficultés, et, si je pouvais m'exprimer familièrement, les mêmes caprices qu'autrefois la bougie. Les cathéters en étain, même d'un volume considérable, passaient aisément d'avant en arrière. Mais aussitôt après le canal se refermait, et l'urine ne pouvant l'ouvrir reprenait la voie du périnée. De temps en temps il en sortait spontanément une certaine quantité par le méat, mais c'était l'exception.

Je me demandai si, devant la ténacité de ce spasme musculaire que la dilatation ne lassait pas, il ne conviendrait pas de faire par l'uréthrotomie interne la section de la partie persistante du muscle transverse; mais j'ajournai cette petite opération pour laisser au patient,

pâle, faible, anémique et dyspeptique, le temps de se rétablir. En tout cas, je ne tentai rien sur la fistule elle-même qui dépendait trop évidemment du rétrécissement spasmodique pour être traitée autrement que par les moyens opposés à ce dernier.

Sur ces entrefaites, je tombai malade et quittai mon service pendant plusieurs semaines. A mon retour, je retrouvai mon opéré en meilleure santé et les voies urinaires en très bon état. Toutefois, la fistule périnéale n'était pas encore définitivement close. De temps à autre elle laissait échapper quelques gouttes d'urine. Le cathétérisme était généralement facile; on introduisait des bougies n° 18 et des cathéters Béniqué n°40; mais à certains jours les instruments étaient fort serrés, fonctionnant difficilement, et même ne fonctionnant pas du tout.

La miction reflétait ces états différents, elle était tantôt très aisée, tantôt quelque peu laborieuse; cependant il n'y avait jamais que retard et non rétention d'urine.

J'ai revu ce malade pour la dernière fois au mois de mai. Les choses s'étaient encore améliorées; la fistule ne donnait plus, mais la contracture n'avait pas encore complètement cessé. Rien néanmoins n'indiquait la nécessité d'une uréthrotomie.

Je ferai remarquer que, dans le fait précédent comme dans le suivant, ce n'est point au col de la vessie, mais à la région membraneuse, que siégeait l'obstacle, ce qui, du reste, est conforme à ce que l'on sait sur les contractures uréthrales.

J'ai encore observé, en 1886, un autre cas de spasme uréthral chez un malade atteint de tuberculose du rein, de la vessie, de la prostate, et probablement de l'uretère, avec cystalgie insupportable. Il existait des envies fréquentes d'uriner, surtout pendant la nuit; ténesme vésical parfois insupportable, défécation difficile et pénible, mouvement fébrile, etc. Le canal de l'urèthre est libre jusqu'à la portion membraneuse, qui arrête les instruments explorateurs. Ce spasme ne résiste pas à la dilatation progressive, et, au bout de quelques jours, on introduit sans peine dans la vessie un cathéter métallique pour savoir s'il existe un calcul. L'examen est négatif, mais on trouve des dépôts tuberculeux dans la prostate. Au bout de trois semaines (10 mars), je me détermine, pour remédier à la cystalgie, à pratiquer la taille prérectale, avec curage et cautérisation de la prostate.

Le malade ressent d'abord un grand soulagement; mais la plaie de la taille se rétrécit peu à peu; la sonde fut bientôt supprimée, et cependant l'urine continua à couler en totalité par le périnée : il n'en passait pas une goutte par le méat. Dans les premiers jours d'avril, préoccupé de cette anomalie, je fis le cathétérisme explorateur et fus arrêté net à la région membraneuse; au bout de quelques minutes, la bougie franchit l'obstacle et pénétra dans la vessie; mais il existait évidemment un spasme uréthral très pro-

noncé. J'essayai d'en triompher par la dilatation progressive avec les bougies ordinaires et les cathéters Béniqué, et, en peu de jours, je passai des instruments très volumineux. A la suite, l'urine passait pendant quelques heures et en petite quantité par le méat ; mais, le lendemain, elle reprenait invariablement la voie périnéale. Je tentai de placer à demeure une sonde de caoutchouc rouge qui ne put jamais être tolérée ; le patient fut donc obligé jusqu'à la fin d'uriner par la fistule, dont l'occlusion ne put être réalisée ni par la nature, ni par l'art. La tuberculose viscérale fit des progrès assez rapides qui enlevèrent le malade en novembre.

Discussion.

M. Després. J'ai pratiqué une taille prérectale sur une bougie en gomme, en 1878 ; cette observation a été publiée dans nos Bulletins (*Soc. de chir.*, p. 689).

Il s'agissait d'aller à la recherche d'un calcul prostatique. J'introduisis une bougie en gomme du n° 7. Comme les tissus du périnée étaient indurés et épais, cette sonde était difficilement sentie. Mais je pus arriver à la reconnaître en priant mon aide de la déplacer d'avant en arrière dans le canal. Ce mouvement de va-et-vient me permit de reconnaître sa position et d'aller à sa rencontre.

Quant à la contracture de l'urèthre, dont a parlé M. Verneuil, j'en ai observé plusieurs exemples, car elle n'est pas rare. Dans un cas de taille hypogastrique (*Soc. de chir.*, 1882), j'ai dû employer le cathétérisme rétrograde, qui seul m'a permis de franchir l'obstacle.

Communication.

Plaies des tendons. — Greffe tendineuse.

Par M. le Dr Monod.

Je tiens à revenir, en quelques mots, sur la présentation que je vous ai faite à la fin de la dernière séance.

Vous vous souvenez qu'il s'agissait d'un malade qui avait eu le tendon du long fléchisseur du pouce coupé, avec un écart de plus de 5 centimètres entre les deux extrémités ; un fragment de tendon emprunté au jambier postérieur d'un lapin tué sur-le-champ, intercalé et fixé avec du catgut, a permis au tendon de retrouver sa continuité et ses fonctions, comme vous avez pu vous en assurer vous-mêmes.

Je vous rappelle qu'à la suite des expériences de M. Assaki et de M. Fargin, notre collègue M. Peyrot a fait une tentative analogue à la mienne, qui n'a eu qu'un succès incomplet[1].

Je ne sais si je dois expliquer seulement par une antisepsie plus parfaite le meilleur résultat que j'ai obtenu. Je désire cependant, à ce propos, signaler un point de la manœuvre opératoire qui a peut-être contribué au succès.

J'avais recommandé à mon interne de plonger le fragment de tendon que j'empruntais au lapin dans une solution de sublimé tiède. Celle-ci était trop chaude, et le fragment tendineux me fut présenté sinon cuit, du moins surchauffé ; les substances albuminoïdes étaient coagulées et donnaient au tissu tendineux une notable rigidité. Peut-être la nature du liquide antiseptique employé a-t-elle contribué à amener ce résultat ; on sait, en effet, que le sublimé précipite facilement les substances albumineuses.

Je passai outre néanmoins ; vous avez vu que je n'ai pas eu lieu de m'en repentir.

Ce serait aller trop loin que de recommander pour l'avenir ce surchauffage du tendon de greffe.

Je ne veux retenir de ce fait que cet enseignement, que je n'ai peut-être pas obtenu une greffe véritable entre tissus vivants.

Cette intercalation d'un fragment tendineux, rendu rigide par la chaleur, doit peut-être être rapprochée plutôt des restaurations tendineuses obtenues à l'aide d'un simple faisceau de catgut, servant comme de conducteur à la régénération tendineuse, comme je l'ai rappelé dans un rapport lu devant vous en 1885 (obs. de Gluck)[2].

Discussion.

M. Le Fort. Je crois que, dans ce cas comme dans les autres, la fonction s'est rétablie non par la continuité des tendons, mais par les adhérences que les deux bouts contractent avec les gaines.

Le tendon du lapin, greffé, s'est résorbé, s'il n'a pas été éliminé par la suppuration.

M. Lannelongue. Je suis de l'avis M. Le Fort pour interpréter ces faits. La même chose se produit quand on fait des greffes osseuses. J'ai placé dans le milieu d'un os sain et vivant des cubes

[1] Assaki, *Comptes rendus de la Société de biologie*, 6 novembre 1885. — Fargin, Tenorraphie et greffe tendineuse (*Thèse de Paris*, 1885). — Peyrot, Transplantation chez l'homme d'un tendon emprunté à un chien; guérison avec rétablissement partiel de la fonction [Rapport de M. Monod (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1886, p. 356)].

[2] Ch. Monod, Rapport sur une observation de M. Schwartz (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1885, p. 332 et 359).

d'os ancien, des débris de squelettes ayant traîné dans un amphithéâtre, mais bien désinfectés. Or, après un examen attentif, on constatait que le cube avait, après quelque temps, disparu par résorption. Il était remplacé par une formation osseuse nouvelle facile à reconnaître par sa composition histologique.

Il est donc probable que le même phénomène s'est produit pour le morceau de tendon greffé par M. Monod.

M. Verneuil. La disparition de ces greffes est ordinaire, même quand elles sont pratiquées avec des tissus venant d'une même espèce animale. Toute hétéroplastie échoue ordinairement. Ici, le tendon greffé joue le même effet que le morceau de catgut qu'on interpose entre les deux bouts. Il sert de conducteur à la cicatrisation.

Au point de vue pratique, cela est important, car on peut, en interposant un corps étranger, favoriser la réunion des deux bouts, et, par conséquent, la fonction des tendons.

M. Quénu. J'ai observé un cas spécial, dans lequel cette disparition des greffes étendues a été bien manifeste.

Un enfant avait perdu par accident un morceau étendu de la peau du crâne.

Je fis une greffe d'égale étendue avec un morceau du cuir chevelu pris sur un enfant nouveau-né qui était mort peu avant.

Après huit ou dix jours, ma greffe semblait reprise; elle avait tous les caractères d'une vitalité complète.

Mais petit à petit elle diminua, et disparut par exfoliation insensible.

Cependant ce phénomène avait hâté la cicatrisation, qui s'est conduite ici comme dans le cas des greffes épidermiques multiples.

M. Le Fort. Quand on fait des greffes en prenant la peau de l'individu lui-même, celles-ci peuvent persister, se nourrir et vivre normalement. J'ai constaté ce fait sur un individu de 72 ans, auquel j'avais pratiqué une greffe. A sa mort, qui survint plusieurs mois après, je pus prendre ce morceau de peau, et l'examen microscopique montra qu'il avait persisté.

M. Monod. Je désire cependant ajouter que, d'après des faits bien observés, des greffes tendineuses ont pu rester intactes et remplir leur rôle physiologique, soit qu'elles fussent empruntées à la même espèce, soit qu'elles fussent empruntées à une espèce différente.

Des greffes pratiquées de mammifères à oiseaux ont elles-mêmes réussi dans certaines conditions.

Communication.

Pathogénie des tumeurs de la queue du sourcil.

Par M. R. Larger.

Dans la séance du 22 décembre dernier, j'ai eu l'honneur de présenter à la Société un petit garçon, Louis L..., né le 27 décembre 1884, qui était porteur d'une tumeur de la queue du sourcil. Cette tumeur était du volume et de la forme d'un fort noyau d'olive : elle avait toutes les apparences extérieures d'une tumeur dermoïde congénitale, comme aspect, comme consistance, comme siège; roulant peu sous le doigt, elle adhérait assez faiblement à l'os; il n'existait pas trace de cicatrice à la peau. Tous ces caractères, étant donné surtout le jeune âge de l'individu, en imposaient pour une tumeur congénitale : telle fut en effet l'impression générale de ceux de nos collègues qui examinèrent le petit enfant.

Or, la cause productrice de la tumeur était accidentelle et postérieure à la naissance. Au moment de celle-ci, il n'y avait pas le moindre indice de tumeur à l'orbite, ainsi que je l'ai constaté moi-même peu de temps après. (J'ai pratiqué cet examen, ainsi que j'ai l'habitude de le faire chez tous les nouveau-nés que je rencontre.)

A l'âge de 3 mois, la mère, en emmaillottant l'enfant, lui cogna la tête contre un fourneau en fonte, dit foyer économique; l'angle externe de l'orbite porta sur le coin du rebord tranchant de ce foyer; l'enfant poussa des cris, mais il n'en résulta aucune plaie, pas même de tuméfaction appréciable. Le lendemain, en procédant à sa toilette, Mme L..., qui est une femme très intelligente, s'aperçut de l'existence d'une petite tumeur du volume d'une tête d'épingle, indolore, sans gonflement, sans rougeur ni ecchymose. Cette petite tumeur, demeurée quelque temps stationnaire, se mit à grossir insensiblement, au point d'acquérir le volume qu'on lui voyait au jour de la présentation.

J'en ai pratiqué l'ablation le 26 décembre 1886. La tumeur faisait corps avec le muscle orbiculaire, sous lequel elle était en grande partie cachée; elle adhérait profondément au périoste par un pédicule fibreux, assez lâche. L'examen histologique a été pratiqué par mon excellent ami, M. le professeur Mathias Duval, qui m'a remis la note suivante :

« La pièce dont le Dr Larger m'a confié l'examen est un kyste sébacé; du volume d'un fort noyau d'olive, il est formé par une paroi de tissu conjonctif disposé en lamelles fines et serrées, concentriquement placées à la cavité. Cette cavité ne contient que

des cellules sébacées, sans poils. Enfin la paroi n'a pas de papilles. Il s'agit donc simplement d'une glande sébacée dont le conduit sécréteur a été oblitéré. »

D'ailleurs cette opinion s'imposait même à l'examen macroscopique, et il ne paraît pas douteux que le traumatisme survenu à l'âge de 3 mois ait produit un petit thrombus du canal excréteur de l'une des glandes sébacées de la queue du sourcil; d'où, oblitération du conduit et production d'un kyste par rétention.

Ce fait est donc bien établi, à savoir : celui d'une tumeur d'origine traumatique de la queue du sourcil, prise pour une tumeur d'origine congénitale. Il m'a paru d'autant plus utile d'en faire la constatation publique devant la Société de chirurgie, que cette confusion est peut-être moins rare qu'on ne pourrait le supposer. En effet, les tumeurs de la queue du sourcil et du rebord de l'orbite en général s'observent le plus souvent, non dès la première enfance, mais bien dans l'adolescence et même plus tard encore. Si l'on songe, d'une part, à la fréquence extrême des chocs et des heurts que subit, dans l'enfance, cette région si saillante et si exposée; si l'on considère, de l'autre, l'état anatomique de la région, la facilité avec laquelle le rebord osseux de la cavité orbitaire — tout particulièrement tranchant à l'angle externe chez l'enfant — peut offenser les parties molles sus-jacentes, on s'explique aisément la possibilité de la formation de ces kystes sébacés, à développement en général assez lent. L'on comprend en même temps la possibilité de leur confusion avec les kystes dermoïdes, « qui présentent avec les loupes la plus grande similitude, » d'après Cornil et Ranvier (2e édition, p. 351). On sait que ces auteurs, confirmant en ceci l'opinion de Lebert, ne voient dans les loupes qu'une variété, un premier degré des tumeurs dermoïdes (*ibid.*). D'un autre côté, les tumeurs dermoïdes de l'orbite et de son pourtour sont, d'après M. Lannelongue (*Traité des kystes congénitaux*, p. 79), généralement des kystes simples.

Enfin le fait que je signale permet de concevoir quelques doutes sur l'origine des *kystes huileux* de l'orbite. On a admis leur congénialité, mais ne se pourrait-il pas que certains d'entre eux eussent une autre origine? Et n'a-t-on pas montré, M. le professeur Lannelongue notamment (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1879, t. V, p. 865-866), la dégénérescence huileuse de kystes sébacés situés dans d'autres régions, le dos par exemple? La même remarque peut se faire pour ce qui touche les *kystes calcaires*, tels qu'en a signalés M. Trélat.

J'ai dit et prouvé que le rebord tranchant de l'orbite pouvait, dans un choc, blesser une glande sébacée et déterminer ainsi un

kyste par rétention. Il peut aussi se faire que le périoste soit coupé, déchiré ; qu'un petit lambeau végétant consécutivement finisse par produire une tumeur revêtant, en clinique, et même en macroscopie, tous les caractères d'une tumeur dermoïde congénitale.

C'est précisément ce qu'un heureux hasard m'a permis d'observer ces jours derniers mêmes, dans le service de M. Périer, à Lariboisière. Notre éminent collègue avait diagnostiqué une tumeur dermoïde de la queue du sourcil, chez un adulte âgé de 34 ans. La peau était absolument intacte, le malade n'avait gardé le souvenir d'aucun traumatisme récent ou ancien, la tumeur, fortement adhérente au périoste, avait évolué lentement, insidieusement, et il ne s'était aperçu de sa présence que depuis quelques années à peine. Rien de plus naturel par conséquent que d'attribuer à cette tumeur une origine congénitale. L'opération à laquelle M. Périer voulut bien me permettre d'assister ne fit que confirmer cette opinion. La tumeur, en effet, était située sous le muscle orbiculaire et adhérait fortement à l'os.

Or, l'examen histologique pratiqué par le professeur Mathias Duval a révélé — ce qui va peut-être surprendre M. Périer, mais ce qui ne m'a pas étonné pour mon compte — cet examen, dis-je, a montré, que le tumeur était uniquement formée de tissu conjonctif résultant de la prolifération du périoste ! Nul doute, dès lors, que la tumeur n'ait eu pour origine un traumatisme quelconque datant probablement de l'enfance.

Il y a mieux encore : on conçoit qu'un traumatisme de l'orbite survenu pendant la vie intra-utérine, ou au moment même de l'accouchement, puisse occasionner une tumeur, qui se montrera dès la naissance ou peu de temps après. C'est du moins l'impression que me laisse le fait suivant, qui est sans doute bien incomplet et bien obscur, mais dont l'intérêt me parait suffisant pour être relaté ici. Il s'agit du cas d'un élève du service de M. Périer. Voici les renseignements que cet élève m'a fournis : « La tumeur que je portais, au niveau de la queue du sourcil gauche, existait au moment de ma naissance. Son volume égalait celui d'un gros pois : elle s'est accrue progressivement sans déterminer aucun phénomène particulier. Au moment où elle a été enlevée, c'est-à-dire vers l'âge de 14 ans, elle était grosse comme une petite noix, allongée transversalement, offrait une consistance analogue à celle des loupes du cuir chevelu. Elle était parfaitement mobile sur les tissus sus-jacents, n'adhérait pas à la peau qui avait conservé son aspect normal. Cette tumeur avait été qualifiée, par un professeur agrégé de la Faculté, de kyste sébacé sous-musculaire de la région orbitaire. L'opération a été des plus simples.

La surface de section de la tumeur présentait un tissu grisâtre, lardacé : autant que je puis me le rappeler, il n'y avait pas de matière sébacée caséïforme. »

Il serait facile, je crois, de recueillir quantité de faits analogues, dans la pratique. Mais si l'origine traumatique d'un certain nombre de tumeurs de la queue du sourcil est désormais bien prouvée, il n'en reste pas moins certain qu'il en existe d'autres pour lesquelles cette cause ne saurait être invoquée. Quel est le mode de production de celles-ci ? — Je crois qu'il est difficile de répondre à cette question, car, dans l'état actuel de la science, l'origine des tumeurs en général est, bien qu'on en dise, encore singulièrement nébuleuse. La théorie dite de l'*inclusion*, de M. le professeur Verneuil et de Remak est ici universellement admise; les belles expériences du professeur Masse (de Bordeaux) prétendent la confirmer; enfin, dans son traité récemment paru, véritable monument scientifique édifié par M. le professeur Lannelongue, cette théorie a reçu une nouvelle consécration. Je suis dès lors bien mal venu à remonter un courant déterminé par de semblables autorités; et cela d'autant plus que déjà, à deux reprises différentes (*Bull.*, 1882, t. VIII, p. 239 et 1886, t. XII, p. 315), mes arguments n'ont obtenu, devant la Société, qu'un succès tout à fait négatif. C'est pourquoi j'éprouve le besoin, messieurs, d'invoquer votre indulgence pour la ténacité tout alsacienne que j'apporte à défendre ce que je crois être la vérité.

Je comprends et admets qu'on explique l'origine des *fistules congénitales* par un défaut d'oblitération des fentes branchiales, car ces fistules ne s'observent que là où il existait des fentes, des fissures chez l'embryon, et nulle part ailleurs. Cette règle est sans exception. Aussi la théorie de l'inclusion me paraît-elle s'imposer exclusivement à tout autre, pour ce qui touche les fistules congénitales.

Mais il n'en est pas de même des *tumeurs dermoïdes* dont le plus grand nombre s'observe dans des régions telles que l'ovaire, par exemple, c'est-à-dire, telles qu'avec la meilleure volonté du monde on n'y peut leur trouver un rapport, même éloigné, avec aucune espèce de fente branchiale.

La conclusion rigoureuse et forcée est celle-ci : c'est que l'origine des tumeurs dermoïdes n'est pas liée nécessairement à la présence des fissures ou des fentes, ainsi que le veut la théorie de l'inclusion. A plus forte raison, faut-il rejeter la théorie qui fait, des fistules congénitales, un degré de l'évolution des tumeurs dermoïdes, ou réciproquement.

D'ailleurs, si cette dernière était vraie, si fistule et kyste dermoïde ne faisaient qu'un, la structure de la paroi des fistules

devrait être la même que celles des kystes dermoïdes, ce qui n'est pas, car personne n'a pu démontrer l'existence de dents ou de poils, par exemple, sur la paroi des fistules.

Si la théorie est encore vraie, on doit trouver, conformément à la loi générale des malformations, on doit trouver, dis-je, de nombreux intermédiaires entre les kystes dermoïdes et les fistules, correspondant aux différents degrés de leur évolution. On doit notamment avoir observé des kystes dermoïdes en rapport avec une fistule borgne interne ou borgne externe. L'année dernière, je mettais mes contradicteurs, c'est-à-dire tout le monde, au défi de me citer un seul fait de ce genre. Ce défi, je le maintiens et le renouvelle encore.

Il est vrai que Heschl (*Prayer Vierteljahrshrifft*, 1860, t. LXVIII, p. 36) a relaté un cas dans lequel un kyste dermoïde du cou était en communication avec l'extérieur par un petit orifice, « ce qui doit le faire considérer, ajoute M. Lannelongue, qui cite complaisamment cet unique exemple, comme une fistule incomplètement transformée, ou, si l'on veut, comme un kyste dermoïde arrêté dans son évolution, portant avec lui la trace de son origine. »

Si ce fait, bien qu'unique, était établi, je me déclarerais sincèrement battu, mais il suffit de lire l'observation pour s'apercevoir de suite que Heschl s'est illusionné du tout au tout, emporté sans doute par le désir de confirmer la théorie défendue dans le travail encore assez récent de Hensinger (*Archiv. de Virchow*, t. XXIX, p. 358).

En effet, le malade était âgé de 63 ans ; Heschl dit bien que la tumeur était congénitale, mais il oublie de préciser ce point capital, à savoir, si la fistule elle-même existait depuis la naissance. Il est donc infiniment probable, surtout étant donné l'âge avancé du malade, que Heschl n'a eu affaire qu'à un kyste dermoïde, lequel se sera ouvert à l'extérieur et vidé partiellement, en laissant consécutivement une fistule persistante, ainsi que cela s'observe d'habitude.

L'auteur ajoute « qu'il n'y avait pas trace de cicatrice à l'orifice de la fistule » ; mais l'examen histologique manque. Enfin, ce fait qu'il existait *des poils* sur le trajet du petit canal aboutissant au kyste dermoïde, lequel en renfermait d'ailleurs lui-même, vient lever tous les doutes ; car jamais, ainsi que je viens d'en faire la remarque, il n'a été observé de produit pileux sur la paroi des fistules branchiales.

La vérité est donc qu'il n'y a aucun rapprochement à établir entre les tumeurs ou kystes dermoïdes et les fistules branchiales. L'opinion contraire cependant est soutenue par M. Lannelongue,

dans le traité dont je parlais tout à l'heure, surtout en ce qui concerne les tumeurs dermoïdes de la queue du sourcil, les seules dont je désire m'occuper en ce moment.

Je demande à notre honorable président, ainsi qu'à mes autres adversaires, qui sont, je le répète, innombrables, la permission de leur adresser, pour finir, une dernière objection ; la voici :

Si l'angle externe de l'œil est un des lieux d'élection des tumeurs dermoïdes, il est évidemment aussi celui des fistules congénitales, puisque, dans la théorie, les unes dérivent des autres.

Or, M. Lannelongue, dans son long et consciencieux travail, n'a pas cité un seul exemple de fistule congénitale de l'angle externe de l'œil ; ni lui, ni personne autre.

Et cela s'explique ; car, ainsi qu'il résulte de recherches embryologiques encore inédites de M. Mathias Duval, il n'existe, à aucun moment, chez l'embryon, de fente ou de fissure au niveau de l'angle externe de l'œil, contrairement à ce qui a été admis jusqu'à ce jour. Afin de mieux rendre sa pensée, le professeur Duval m'a dicté ce qui suit :

« A propos des kystes congénitaux de la région de la queue du sourcil et de la région externe et inférieure de l'œil, il faut remarquer que si l'on n'y rencontre jamais de fistules congénitales, c'est que l'embryologie nous montre le bourgeon maxillaire supérieur comme attaché, dès son apparition, à la partie latérale externe de la base du crâne, et non comme partant du maxillaire inférieur, ainsi qu'on le prétend généralement. *Il n'y a pas ici de fente, et, par suite, pas de fistule possible* par oblitération incomplète de la fente. Mais ce bourgeon maxillaire supérieur devient libre, passe vers le bourgeon frontal ; *ici seulement, c'est-à-dire vers l'angle interne de l'œil, il y a fente ;* c'est la première fente branchiale qui doit s'oblitérer. »

Discussion.

M. Després. Dans la communication de M. Larger, je remarque surtout une question de diagnostic. En effet, il peut y avoir au niveau de la queue du sourcil des kystes sébacés ordinaires, tels qu'ils existent dans les autres régions du corps.

Or, ces kystes sont faciles à reconnaître, car ils sont adhérents à la peau, ce qui est facile à comprendre, puisqu'ils naissent des glandes sébacées de la peau.

Dans les kystes dermoïdes adhérents au périoste et au crâne, la peau est mobile à la surface de la tumeur, ce qui établit une différence essentielle avec les kystes sébacés.

Je crois que M. Larger a confondu ensemble ces deux variétés de kystes de la queue du sourcil.

Dernièrement, grâce au signe que je viens d'indiquer, j'ai pu diagnostiquer un kyste dermoïde situé derrière l'oreille, au niveau de l'apophyse mastoïde.

Les kystes dermoïdes de la base de la langue présentent aussi ce caractère de n'être pas adhérents à la muqueuse; c'est là également un moyen précieux pour les différencier des grenouillettes ordinaires.

M. Reclus. J'ai vu également un kyste séreux dermoïde situé derrière l'oreille, et semblable à ceux qui ont été décrits par M. Lannelongue.

M. Schwartz. Il y a trois ans, j'ai observé à l'hôpital Saint-Louis un homme portant un kyste dermoïde situé en avant du sternum et envoyant un prolongement profond dans le médiastin. Ce prolongement m'a empêché de lui proposer une opération radicale.

Ce kyste était fistuleux. La peau formait une bordure à l'orifice et s'enfonçait dans le trajet.

M. Le Fort. Les kystes dermoïdes ont toujours une attache osseuse difficile à détruire; aussi ne peut-on les opérer comme les kystes sébacés, qu'on peut enlever en totalité en les disséquant avec soin, et qui ne laissent aucune trace après leur guérison.

M. Verneuil. M. Larger nous présente un cas de kyste sébacé ou tanne vulgaire, situé au niveau de la queue du sourcil; je crois qu'il l'a confondu avec un kyste dermoïde vrai. Mais il ne faut pas, d'un seul fait, tirer une conclusion absolue; car, à côté de ces kystes, il existe d'une façon indéniable des tumeurs dermoïdes.

Ces kystes dermoïdes se développent d'après la théorie dite de Remak, théorie française, malgré l'affirmation des auteurs allemands. D'après cette théorie, que j'ai proposée il y a déjà longtemps, ces kystes sont le résultat d'une soudure incomplète des bords d'une fente qui existe normalement à ce point, comme les autres fentes branchiales.

Malgré l'opinion de M. Duval, que je ne connaissais pas, cette fente existe réellement.

On trouve aussi à ce niveau des kystes huileux. Quant à la fistule, elle est exceptionnelle dans ce point, tandis qu'elle est fréquente au cou; mais l'origine de la malformation est la même, et cette pathogénie est actuellement bien établie.

M. Lannelongue. La théorie de la formation de ces kystes appartient entièrement à M. Verneuil, qui, le premier, l'a proposée et prouvée. C'est la théorie de l'inclusion du tégument.

Je l'ai décrite moi-même sous le nom d'*enclavement*, mais

l'explication est la même ; elle s'adapte à tous les kystes dermoïdes de l'ovaire, du testicule, du tronc et des membres.

M. Larger vient, à propos d'un fait, de chercher à détruire cette théorie. Or, j'ai de nombreuses observations, dans lesquelles la paroi de la poche a été examinée avec soin au moyen du microscope.

Dans ces cas, quand le kyste est adhérent au périoste, on trouve tous les caractères de la peau. Cependant, souvent ce caractère ne se trouve que dans un point limité de la paroi ; il faut faire des examens nombreux, complets, et c'est dans un endroit limité que se trouvent les papilles caractéristiques. Le reste de la paroi est fibreuse.

Ainsi s'expliquent les erreurs qui ont fait confondre certains de ces kystes avec des kystes sébacés. Je crains que M. Larger ait commis une de ces erreurs.

Partant de cette erreur, M. Larger nous dit que les fentes seules donnent des kystes et des fistules, alors qu'ici, il n'y a pas de fistule.

Mais, au cou, on trouve ensemble le kyste et la fistule concomittante. Je crois qu'il y a là une singulière interprétation des faits. En effet, cette fente branchiale existe, et malgré l'opinion non exprimée publiquement de M. Duval, je la trouve figurée dans le traité d'Albert.

J'ajouterai que les kystes dont nous parlons sont sous-musculaires, adhérents au périoste, et ne sont nullement réunis à la peau comme les kystes sébacés.

M. Kirmisson. Je montre dans le traité d'Albert la figure représentant la fente qui communique avec la partie externe de l'orbite, il n'y a donc pas à discuter ce fait acquis à la science.

M. Quénu. J'ai prié M. Duval de me donner l'année dernière des explications sur la fente branchiale ; son opinion m'a toujours semblé n'être aucunement distincte des opinions classiques.

M. Larger. L'opinion de M. Duval est en effet inédite. Mais je désire qu'on me montre un cas authentique de kyste dermoïde s'ouvrant au dehors par une fistule borgne interne ou externe.

M. Lannelongue. Dans mon ouvrage sur *les Kystes congénitaux*, je cite un cas de cette première variété, qui est indéniable. Il y a aussi un exemple de la seconde variété.

M. Schwartz. L'observation que je viens de signaler me semble être un cas indiscutable de la première variété.

Communication.

M. Nélaton communique un travail sur une *Variété d'adénite.*

Présentation de malade.

M. Terrillon présente un malade âgé de 55 ans, auquel il a enlevé, il y a trois semaines, avec succès, un gros kyste sanguin du corps thyroïde à droite.

Cet homme portait cette tumeur depuis longtemps. Des injections intra-kystiques de teinture d'iode l'enflammèrent. Le kyste devint fistuleux vers sa partie moyenne.

L'état général était mauvais, la fistule donnait du liquide putride.

L'opération fut pratiquée après avoir été précédée par la formation d'un lambeau en L, occupant toute la région latérale droite du cou. Grâce à une décortication minutieuse, on put énucléer facilement la tumeur, il y eut peu de sang perdu; la gaine des vaisseaux profonds fut dénudée, mais non ouverte. On ne trouva qu'un pédicule vasculaire volumineux en haut.

La réunion eut lieu par première intention, et le malade reprit sa santé habituelle rapidement.

La tumeur, grosse comme deux poings d'adulte réunis, consistait en une épaisse couche extérieure (4 à 5 centimètres d'épaisseur), formée de tissu fibreux et des débris du corps thyroïde. L'examen fut pratiquée par le professeur Cornil. Dans la poche, se trouvaient des anciens caillots, épais et stratifiés, occupant la surface interne de la poche. Au centre, du sang altéré et demi-sirupeux.

M. Schwartz. J'ai pratiqué deux fois la même opération, en énucléant avec soin la masse thyroïdienne. J'ai trouvé, comme M. Terrillon, cette décortication facile et très utile contre l'hémorrhagie. Quelquefois, cependant, on doit enlever le corps thyroïde lui-même, quand la tumeur est trop adhérente.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,

Terrillon.

Séance du 22 juin 1887.

Présidence de M. Lannelongue.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° *Essai sur la pathogénie et les malformations de l'anus et du rectum ; contribution au traitement chirurgical des pelvi-péritonites suppurées*, par le Dr Jeannel (de Toulouse) ;

3° *Cinq observations de varicocèles traités par la ligature ; De la réduction de la luxation sous-coracoïdienne par le procédé de Kocher ; Abcès froids traités par la méthode sanglante ; Kyste dermoïde du plancher de la bouche ; Un cas d'hépatite suppurée ; Statistique des abcès du foie traités par l'hépatotomie antiseptique*, par le Dr Ferron, médecin principal de l'armée ;

4° M. le Dr Quénu apporte, de la part de M. le professeur M. Duval, une rectification à l'interprétation donnée de son travail par M. Larger. M. Duval se borne à nier qu'il existe une fente *complète*, c'est-à-dire s'étendant de l'extérieur à l'intérieur, entre le bourgeon frontal et le bourgeon maxillaire supérieur ; mais il admet l'existence d'une fissure ou sillon, et, par suite, la possibilité d'un pincement de la peau. Ses conclusions n'ont donc rien à faire avec la pathogénie des kystes dermoïdes ; elles tendent seulement à prouver que, théoriquement, il ne peut exister de *fistule branchiale* au niveau de la queue du sourcil.

Rapport.

Note sur la réduction, après arthrotomie et dégagement direct du ligament glénoïdien, d'une luxation du pouce en arrière ayant résisté à toutes les manœuvres de réduction, par M. le Dr Richon, médecin principal de l'armée.

Rapport par M. Chauvel.

Notre confrère de l'armée, le Dr Richon, nous envoie, sous le titre

de *Note*, une très intéressante observation de luxation du pouce en arrière. Le patient est un soldat dont la main droite étendue vint frapper le sol dans une chute du corps en avant. L'accident ne datait que de quelques heures, et peu de tentatives de réduction avaient été faites, quand le Dr Richon reçut le malade à l'hôpital d'Oran. La luxation du pouce en arrière était évidente, la peau intacte, les ligaments latéraux rompus ; en renversant le doigt en arrière, sur le métacarpien, on sentait les extrémités articulaires séparées par l'interposition du sésamoïde externe, pendant que le tendon long fléchisseur était dévié en dedans avec le sésamoïde interne. C'était la luxation *complexe* de notre collègue M. Farabeuf.

Suivant M. Richon, les premières manœuvres de réduction avaient transformé en *complexe* un déplacement qui n'était primitivement que la luxation *complète*. Malgré l'anesthésie, les tentatives de réduction par propulsion, par extension, torsion et flexion, ne réussirent qu'à entraîner la destruction de l'épiderme du doigt blessé.

Le lendemain, nouvelle chloroformisation, nouveaux essais de réduction. Ces tentatives échouent, et malgré la section sous-cutanée du muscle court fléchisseur, il n'est pas possible de remettre les os en place. « Recourant alors à ma dernière ressource, dit notre confrère, je pratique sur le bord externe de l'articulation une incision de 3 centimètres, parallèle à l'axe du doigt, pénétrant jusqu'aux os. Arrivé sur l'interligne, je débride légèrement en avant et en arrière ; puis, faisant exercer une traction sur la dernière phalange, je glisse le bouton d'un stylet le long du bord antérieur de la cavité glénoïde, entre la surface articulaire et le ligament antérieur, que je rabats vers la face palmaire. Cette manœuvre réussit du premier coup, et, aussitôt après l'échappement du stylet, la réduction s'opère sans difficulté et d'une façon définitive. »

Pansement antiseptique, suture, guérison rapide de la plaie, sans suppuration, sans accidents ; au 15e jour, craquements articulaires, mobilisation prudente. Au bout d'un mois, la flexion passive atteint l'angle droit ; les mouvements spontanés commencent à se rétablir, malgré le gonflement persistant de l'article. Après trois mois, l'état reste à peu près le même : mouvements un peu limités, gonflement léger, impossibilité d'une pression énergique. Notre confrère compte plusieurs mois encore avant le complet rétablissement des fonctions.

Le Dr Richon pense que le résultat obtenu est bien supérieur à celui qu'eût donné la non-réduction. Il ne saurait admettre, avec M. Polaillon, que l'intervention opératoire n'est légitime que dans les luxations compliquées de plaies articulaires. Pour lui, l'abs-

tention est loin d'assurer toujours le retour des mouvements, si la résection entraîne presque inévitablement une ankylose osseuse. Au reste, il ne saurait être désormais question de comparer les conséquences d'une résection articulaire avec les résultats de l'abstention. C'est avec l'arthrotomie antiseptique que cette dernière doit être mise en parallèle, et l'arthrotomie est ici presque sans danger.

Bien que de telles lésions ne soient pas excessivement rares, M. Polaillon en a relevé 11 cas, nous devons remercier notre confrère de nous avoir communiqué son intéressante observation. Notre confrère fait observer qu'avant lui MM. Verneuil et Jalaguier, ce dernier, d'après les conseils de M. Farabeuf, ont pratiqué la section du ligament glénoïdien pour réduire des luxations de doigts. S'il a préféré l'incision latérale externe à l'incision dorsale médiane avec section du ligament glénoïdien, conseillée par ce dernier, c'est qu'il n'avait pas à conserver le ligament latéral externe antérieurement rompu. De plus, en attaquant latéralement la jointure, il put dégager le ligament glénoïdien sans avoir à le diviser, sans s'exposer à léser la gaine du tondon extenseur et à y développer une inflammation violente.

N'ayant jamais eu jusqu'ici l'occasion de rencontrer dans mon service une luxation du pouce en arrière, et par conséquent de me demander quelle conduite je tiondrais si le déplacement résistait aux tentatives de réduction, je ne puis me permettre de critiquer la conduite suivie par M. Richon dans le cas précédent. Je laisse à M. Farabeuf le soin de nous dire ce qu'il pense du procédé qui a si vite et si bien réussi entre les mains de mon collègue de l'armée, et vous propose : 1° d'adresser des remerciements à l'auteur ; 2° de déposer dans nos Archives son observation, dont j'ai transcrit dans ce rapport les particularités intéressantes.

Discussion.

M. Polaillon. Je trouve ce fait assez extraordinaire, et ne suis pas certain que la luxation ait été irréductible. En tout cas, on n'a pas employé dans sa pureté le procédé employé par M. Farabeuf. Ce procédé consiste à exagérer la luxation en reportant la phalange en arrière, et ensuite à la faire glisser en avant, sans déranger sa direction, pour la faire basculer à sa place.

Malgré la présence des ligaments glénoïdiens et des os sésamoïdes, on peut toujours réduire en pratiquant la manœuvre que je viens d'indiquer.

Dans l'observation précédente, il est dit qu'on a fait des tractions ; mais c'est là une faute, car elles sont nuisibles. On doit faire les

entatives de réduction sous l'influence du chloroforme. Si, par hasard, on échouait dans des cas spéciaux, on serait autorisé à faire l'arthrotomie, afin de dégager le ligament antérieur qui se trouve interposé entre les deux surfaces articulaires.

M. Després. Je sais que le procédé de M. Farabeuf, lequel n'est pour moi qu'un perfectionnement du procédé *de la clef*, peut échouer dans quelques cas, et ceci est arrivé entre les mains de M. Farabeuf lui-même.

Sur un malade de Dolbeau, Farabeuf fit, avec sa pince et d'après son procédé, des tentatives de réduction sans aucun succès. Dolbeau fut obligé de faire une arthrotomie qui eut un plein succès.

Pour moi, je trouve cette dernière pratique détestable, et je considère qu'il est préférable de laisser la luxation non réduite. Cette phalange non réduite est moins gênante, ainsi que j'ai pu le voir dans certains cas, que la phalange ankylosée, immobilisée, ainsi que cela résulte de l'arthrotomie.

Je connais un de nos confrères qui porte depuis longtemps une luxation du pouce non réduite. Malgré cela, les mouvements sont relativement étendus et très utiles, et cette situation est bien préférable à l'absence de mouvement dans une phalange ankylosée.

J'ai observé, dans le cours de ma carrière, cinq luxations de la première phalange du pouce. Dans trois cas, on avait fait, avant de me montrer les malades, des tentatives de traction et de réduction; le procédé de Farabeuf réussit, mais avec de grandes difficultés.

Dans les deux autres cas, il n'y avait eu aucune manœuvre avant mes propres tentatives, et la réduction fut des plus faciles et des plus simples.

Pour pratiquer cette réduction, je donne la préférence à la pince de Luer, munie de courroies de cuir entrecroisées et saisissant le pouce largement, à la pince de Farabeuf. Celle-ci, malgré le caoutchouc qui garnit ses faces, produit une pression plus pénible et plus dangereuse.

M. Chauvel. J'ai employé ou vu employer deux fois la méthode et l'instrument de Farabeuf pour des luxations de la phalangette du gros orteil. Deux fois on a échoué.

Dans un cas, on a pratiqué l'arthrotomie; mais on a eu un très mauvais résultat.

Dans le second, rien n'a été fait; les choses sont restées en place, et, malgré cette absence d'intervention, le rétablissement des fonctions du membre a été convenable.

M. Verneuil. Dans un cas que j'ai observé, le procédé de Farabeuf

a échoué. J'ai dû alors pratiquer une petite incision sur le côté de la face dorsale du pouce pour couper le ligament avec un ténotome. Ce ligament était interposé aux deux surfaces articulaires.

La réduction fut alors facile, et la guérison de la plaie eut lieu en quatre jours.

Après douze jours, l'usage de l'orteil était aussi parfait que possible, et le malade n'avait eu aucun accident.

Le procédé est simple, facile à exécuter, et donnera, je crois, toujours d'excellents résultats, quand celui de Farabeuf aura échoué, car je suis d'avis qu'il faut toujours commencer par ce dernier.

Rapport.

Observation de luxation postéro-latérale de la phalangine du médius sur la phalange, avec complication de plaie articulaire à la face palmaire, par le Dr Mabboux, médecin-major.

Rapport par M. Chauvel.

Dans une chute, la main droite en avant, un homme de 67 ans, se blesse le médius. M. Mabboux trouve le doigt raccourci, élargi dans son tiers supérieur, coudé au niveau de l'articulation des deux premières phalanges, et formant un angle saillant vers le bord radial. A la face palmaire, plaie en fer à cheval dont la convexité affleure le sillon le plus élevé du pli articulaire moyen, et dont les extrémités remontent de un centimètre et demi sur les bords radial et cubital du doigt. Ses bords sont irréguliers, mâchés ; le tendon fléchisseur soulevé par la tête de la première phalange, la traverse en son milieu.

La palpation montre l'extrémité supérieure de la phalangine luxée en haut et en arrière, sur le bord radial de la phalange, et parallèlement à elle. Raccourcissement de plus d'un centimètre ; ni crépitation, ni mobilité anormale ; les os sont solidement fixés. La réduction exige une certaine force et se fait avec le claquement caractéristique.

Pansement antiseptique ; synovite suppurée de la gaine du tendon fléchisseur avec menaces de phlegmon ; œdème et sensibilité de la main ; la plaie est à peine cicatrisée en trois semaines, et malgré des pointes de feu répétées, il persiste encore actuellement de la gêne, de la raideur, de l'empâtement du doigt avec diminution des mouvements de la jointure. Dans une lettre récente, M. Mabboux m'apprend que l'arthrite s'est terminée par ankylose complète.

Discussion.

M. SCHWARTZ. J'ai observé un cas analogue au précédent. Il s'agissait d'une luxation compliquée de la deuxième phalange du pouce sur la première. La tête faisait issue au dehors par une plaie.

Je lavai d'abord exactement la plaie, et me mis en devoir de réduire ; mais je ne pus y parvenir et je pratiquai la résection de la tête de la phalange qui faisait issue au dehors. Il fut facile de réduire après l'opération, et la guérison fut aussi parfaite que possible.

Quand j'examinai la partie réséquée, je découvris que j'avais bien fait de l'enlever et de ne pas la réduire à sa place. En effet, malgré mon lavage attentif, elle était souillée à sa surface et j'aurais eu, après la réduction, une inflammation grave du pouce et de ses gaines.

Rapport.

Blessure pénétrante du crâne par arme à feu. Guérison, par le Dr J.-L. BERRA, d'Ayacucho (République Argentine).

Rapport par M. CHAUVEL

Un jeune homme de 20 ans, voulant se suicider, se tire à la tempe droite un coup de revolver du calibre de 12 millimètres. Appelé aussitôt, le Dr Berra constate une hémorrhagie assez abondante, avec céphalée intense, tendance au sommeil ; il fait transporter le malade à l'hôpital. Trois heures après, le pouls et la température sont normaux, la soif intense ; du sang s'est écoulé par la plaie, par le nez, mais en faible quantité ; par l'orifice d'entrée de la balle s'élimine de la matière cérébrale. Le lendemain, en même temps qu'une infiltration des paupières et de la moitié supérieure du visage à droite, on constate de nouveau la sortie d'une quantité notable de substance nerveuse. Applications froides ; dérivatif intestinal ; l'intelligence est nette ; il n'y a pas de fièvre.

Le troisième jour, notre confrère constate une suffusion conjectivale, de la mydriase, la perte de la vision de l'œil droit. L'état reste satisfaisant. C'est alors qu'il songe à pratiquer une exploration directe pour déterminer, si possible, la direction du trajet de la balle et le point où elle s'est arrêtée. Une sonde de gomme élastique de deux millimètres de diamètre est introduite dans la plaie, et après un parcours direct, transversal, de droite à gauche et un

peu de haut en bas, elle s'arrête, ayant pénétré de dix centimètres, contre un corps dur et résistant dont on ne cherche pas, fort heureusement, à préciser la nature.

De cette recherche, qu'aucune indication ne rendait nécessaire et qu'il nous est impossible d'approuver, la conclusion fut : que, traversant la grande aile du sphénoïde, la balle était allée se loger dans le corps de cet os, lésant dans son trajet la partie antérieure du lobe postérieur du cerveau, du côté droit. Nous ne dirons rien des scarifications de la conjonctive œdématiée, des instillations répétées d'ésérine et d'atropine ; elles n'eurent et ne pouvaient avoir aucune influence sur la vision de l'œil droit.

Le quatrième jour, la somnolence, l'agitation, le délire, se montrant successivement et alternant en quelques heures; la céphalée constante, la lenteur du pouls, quelques efforts de vomissement, font craindre le développement d'une méningo-encéphalite, malgré l'absence complète de réaction fébrile. Mais après une semaine d'inquiétude, l'amélioration se montre, s'accentue peu à peu ; les troubles intellectuels disparaissent, la plaie se ferme, et six mois après l'accident, le blessé peut regagner sa ville natale. Suivie depuis six mois, la guérison ne s'est pas démentie.

Bien que la possibilité du séjour, dans la cavité cranienne, d'un projectile ayant intéressé l'encéphale, sans accidents consécutifs, sans troubles graves de la santé, soit de longtemps connue, les faits de ce genre ne sont pas encore tellement nombreux qu'il soit sans intérêt de les noter. Ayant résumé dans ses parties importantes l'observation de M. le Dr Berra, je vous propose, messieurs : 1° de le remercier de sa communication, et 2° de déposer honorablement son travail dans nos Archives.

Discussion.

M. Verneuil. J'ai soigné et observé pendant longtemps deux blessés qui avaient des balles dans la cavité cranienne et qui cependant n'ont jamais eu aucun accident.

Chez un, la balle entrée par le conduit auditif externe, avait détruit le nerf facial, le malade était dans le coma quand je le vis. Les accidents guérirent complètement et le malade va très bien.

M. Lannelongue. Je connais également deux guérisons dans des circonstances semblables.

M. Sée. Ces faits ne sont pas rares et j'en ai vu plusieurs. Dans un de ces cas, il y avait eu issue d'une certaine quantité de matière cérébrale. J'avais alors exploré le trajet avec un stylet et pratiqué des injections antiseptiques.

Le cas le plus remarquable que je connaisse est celui d'un négociant qui se logea trois balles dans la tête, sans accident, sauf une paralysie du nerf optique droit. Il est guéri et a pu reprendre ses occupations.

M. Peyrot. Je crois qu'on ne peut pas poser comme axiome qu'il est dangereux et inutile d'explorer le trajet d'une balle enfoncée dans le crâne. Ces projectiles peuvent être bien supportés dans quelques cas, mais souvent aussi ils amènent des accidents ; donc il faut les enlever. Ici donc, si on peut, sans faire de grands dégâts, aller à la recherche de la balle, il ne faut pas hésiter, car on peut rendre un grand service au malade.

J'ai connu un blessé qui avait reçu un petit fragment de balle dans le crâne. Une méningite suppurée se montra peu après l'accident. Or, à l'autopsie, je trouvai ce fragment de balle logé sous la voûte cranienne à la surface de la dure-mère. Dans ce cas, l'ablation du projectile aurait pu sauver le malade avant l'apparition des accidents. Il aurait donc fallu aller à sa recherche et je suis persuadé qu'on aurait pu le reconnaître et l'extraire.

M. Verneuil. Les médecins sont souvent poussés par l'opinion publique à aller à la recherche des projectiles après un accident. En effet pour le public tout est perdu si la balle n'est pas extraite; le blessé est sauvé quand celle-ci est sortie.

C'est là une erreur profonde et une tendance néfaste contre laquelle nous devons réagir. Quand un individu a reçu une balle de revolver de petit calibre qui s'est logée dans le crâne, il faut la laisser, et se contenter de désinfecter l'orifice de la plaie aussi bien que possible.

Je suis persuadé que les tentatives faites pour extraire le projectile sont plus dangereuses que la conduite qui consiste à le laisser en place et à attendre le début des accidents.

M. Le Dentu. Je pourrais vous signaler un exemple curieux de projectile logé dans le crâne. C'était un homme qui avait reçu une balle de revolver au milieu du front. Il éprouva aussitôt après de l'hémiplégie brachiale avec difficulté de la parole. On pouvait donc supposer que la balle s'était logée dans la partie du lobe occipital qui avoisine le cervelet. Je pratiquai l'exploration du trajet avec un stylet très propre, mais je ne pus constater la présence du projectile. J'eus à discuter l'indication d'une trépanation, mais après une longue réflexion, je jugeai qu'il ne fallait pas faire cette opération. Le malade mourut après quelques jours.

A l'autopsie je trouvai un abcès sur le trajet qu'avait parcouru la balle. Mais celle-ci était enkystée, sans lésion appréciable au-

tour d'elle, et ce kyste était séparé de l'abcès par un espace sain, de 3 à 4 centimètres et sans aucune communication.

Le trajet avait donc été infecté et avait suppuré ; la balle, probablement aseptique, n'avait donné lieu à aucune suppuration.

M. Terrier. Je crois que cette question rentre dans le cadre connu actuellement des faits qui relèvent de la théorie microbienne.

Quand une balle pénètre dans le crâne et dans le cerveau, elle est infectée ou aseptique.

Dans le premier cas, elle provoque une inflammation ; autour d'elle se forme du pus, et des accidents éclatent bientôt.

Dans le second, elle s'enkyste, provoque autour d'elle la formation d'une membrane enveloppante ; mais elle reste à l'état de corps étranger inoffensif.

Malheureusement, nous ne pouvons savoir si une balle est infectée ou non, la seule présomption d'une infection existe quand celle-ci a traversé des parties souillées telles que les cheveux ; mais on ne sait pas autre chose.

Que doit-on faire dans ces conditions ?

Je crois que la seule pratique rationnelle consiste à occlure avec soin la plaie, après l'avoir lavée avec soin, et attendre l'apparition des accidents, car rien ne nous autorise à pratiquer des désordres cérébraux pour extraire un projectile qui peut ne donner lieu à aucun accident.

Si après quelque temps des accidents se montrent et fournissent une indication à l'intervention, alors il n'y a pas à hésiter, car l'opération peut seule sauver le malade.

M. Peyrot. Les règles de l'intervention ainsi posées sont les mêmes qui s'appliquent à d'autres lésions semblables dans les différentes parties du corps. Cependant, je crois que le cerveau, qui peut supporter des projectiles non infectés, peut aussi bien supporter l'introduction de stylets propres, qui ne produisent aucun désordre grave.

Aussi je n'hésiterais pas à aller à la recherche d'un de ces projectiles avec un instrument qui pourrait au besoin l'extraire.

J'ajouterai que cette recherche est permise ici plus souvent et plus sûrement que pour la poitrine et surtout pour l'abdomen.

Il n'est pas dans mon intention de poser ici une règle absolue, mais j'insiste sur ce fait que la règle contraire ne doit pas être posée.

M. Reclus. Il me semble qu'on doit toujours éviter la recherche et l'extraction primitive du projectile, car je suppose qu'on ne

peut qu'augmenter les désordres cérébraux produits par son passage. L'exploration et les tentatives d'extraction secondaires, quand les accidents ont commencé à se montrer, doivent au contraire être érigés en règle absolue quand cela est possible.

J'ai pu examiner jusqu'à ce jour neuf cas de plaie pénétrante du crâne. Dans un cas, il y a eu mort instantanée. Mais dans les autres, au nombre de huit, j'ai fait l'occlusion soigneuse de la plaie et les malades ont guéri.

Je crois que la désinfection de ces plaies extérieures a une grande importance, en empêchant l'infection du trajet profond qui se fait ordinairement de proche en proche. J'en veux pour preuve ce que démontrent les statistiques militaires.

Je trouve une statistique favorable à cette idée dans la pratique de la chirurgie d'armée. Dans la guerre franco-allemande, on trouva pour les plaies pénétrantes de poitrine 60 0/0 de mortalité. Celle-ci s'abaisse à 10 0/0 dans la guerre de la Chine et du Tonkin, pendant laquelle nos chirurgiens militaires ont toujours désinfecté et obturé avec soin les plaies.

M. Verneuil. Je pense que M. Peyrot est très affirmatif et qu'on ne doit pas explorer à la légère les plaies pénétrantes du crâne. Toutes ces plaies sont susceptibles de s'enflammer sous l'influence d'un traumatisme très minime. Nous voyons souvent des fractures de la base du crâne sans communication avec l'intérieur, suppurer malgré leur profondeur.

M. Kirmisson. Je ne crois pas que l'exploration primitive des plaies du crâne soit inoffensive, aussi je ne l'approuve pas.

J'ai eu à soigner deux blessés qui avaient reçu, l'un trois balles de revolver dans le crâne, l'autre une balle dans le bras. Celle-ci avait été seule extraite; or, la dernière laissa une plaie qui guérit plus lentement que les autres.

Pour ce qui est de la suppuration des plaies de la base du crâne, je crois que cette complication est due à la pénétration de la fracture qui entre en communication avec l'air par la fissure des muqueuses de l'oreille moyenne, du pharynx et des fosses nasales.

Aussi, pour éviter toute infection dans ces cas, je remplis toujours, après lavage préalable, l'oreille de gaze iodoformée. Mes malades guérissent alors sans accidents, grâce à ce moyen préservatif qui empêche l'infection des plaies communiquant avec la fissure osseuse.

M. Reclus. Mes trois derniers malades, atteints de fracture de la base du crâne, ont été munis de tampons iodoformés dans l'o-

reille externe. Ils ont guéri, mais après avoir eu des accidents assez graves.

M. Terrier. Les inflammations des méninges dont nous a parlé M. Verneuil viennent toujours d'une lésion des muqueuses. Ainsi dans les fosses nasales, les fragments osseux accrochent la muqueuse, la déchirent et produisent une plaie qui communique avec l'air extérieur.

M. Chauvel. Je crois qu'il est difficile actuellement de juger définitivement ces faits et de faire des catégories dans les cas où il faut explorer, ou au contraire attendre. Il est nécessaire d'avoir des documents plus nombreux et plus précis que ceux que nous possédons pour éclairer cette question.

Rapport.

Angio-lipome caverneux de la main. — Opération et guérison, par le Dr H. Bousquet (de Clermont-Ferrand).

Rapport par M. le Dr Terrier.

Voici le résumé de cette observation, à propos de laquelle vous m'avez chargé de faire un rapport :

Marie C..., 7 ans, est conduite à notre confrère, le 26 avril 1886. Cette fillette porte à la main gauche une tumeur occupant toute la face dorsale et englobant le petit doigt. La face interne de l'auriculaire est aussi légèrement tuméfiée, enfin le néoplasme envahit la paume de la main, et la partie interne de cette dernière est déformée.

A la naissance, il y avait sur la partie médiane et dorsale du 4e métacarpien une tumeur de dimension d'une noisette, dans laquelle on fit ultérieurement (à quinze mois) une ponction exploratrice, qui ne donna que de la sérosité roussâtre. Le développement s'est fait lentement.

La palpation de la tumeur donne les sensations d'un lipome, elle est molle et pâteuse ; la peau est normale, mobile sur les parties profondes; il n'y a. pas de vascularisation anormale, la oompression, l'élévation du membre, ne donnent aucun résultat.

Quoi qu'il en soit, sur le développement congénital et l'accroissement lent, M. Bousquet conclut à un angiome et consulta l'ablation de la tumeur dorsale et du petit doigt, s'appuyant sur une discussion de la Société de chirurgie, à laquelle prirent part MM. Trélat et Polaillon.

On ne consentit qu'à l'ablation de la tumeur, la mère de l'enfant ne voulant pas consentir à une mutilation quelconque.

L'opération fut faite le 7 mai 1886, avec l'aide du Dr Fournier et de deux élèves en médecine; l'enfant est anesthésiée.

Incision le long du bord cubital de la main, partant du poignet et arrivant à l'extrémité de l'auriculaire. La tumeur dénudée ressemble à un paquet de vers, c'est un angiome caverneux type. A la partie supérieure, vers le poignet, un large lacet veineux, correspondant à la veine médiane, semble servir de pédicule à la tumeur. On y place deux ligatures en soie, et dès lors l'ablation de la néoformation dorsale devient facile. Toutefois, il faut disséquer la peau jusque vers le bord radial, si bien que les téguments du dos de la main sont entièrement décollés.

Du côté du petit doigt, la dissection est très laborieuse, et les téguments finissent par ne plus avoir qu'une ligne d'adhérences sur la face externe.

A la face palmaire, le tissu vasculaire est fortement enchevêtré dans les mailles du tissu aréolaire, et on le détruit autant que possible soit avec le bistouri, soit avec la curette.

L'hémostase faite, on place deux drains en travers de la face dorsale, sutures au fil d'argent et pansement iodoformé.

Pendant les jours suivants, absence de douleurs locales, mais température élevée (38-39°).

10 *mai*. Le gonflement de la paume de la main est très net, on enlève les sutures, et utilise les bains antiseptiques, la température atteint 41° les jours suivants sans phénomènes inflammatoires locaux intenses.

13 *mai*. Éruption de rougeole, la température reste élevée. État local satisfaisant.

La tuméfaction du dos de la main augmente, douleurs de la face palmaire, il s'y fait du pus. Sphacèle d'une partie de la peau de la face dorsale.

25 *mai*. Chute de l'eschare.

Pendant quinze jours, fièvre intense à type tierce. Alimentation lactée seule supportée.

La main a un aspect horrible (*sic*), très tuméfiée sur sa face dorsale; les doigts ressemblent à des saucisses. On parle d'amputer.

Toutefois, on donne du sulfate de quinine, bien que l'enfant n'ait jamais eu d'accès intermittent, ce qui améliore de suite l'état général et l'état local.

Si bien qu'après avoir ouvert quelques abcès, la petite fille partit à la campagne le 20 juin, revenant se faire panser tous les cinq ou six jours.

A la fin de juillet, la main avait repris ses dimensions normales, seul le petit doigt restait plus volumineux, les mouvements étaient parfaits.

Du côté de la face palmaire, la masse morbide a très notablement diminué de volume et on y constate des points indurés qui peuvent faire espérer l'affaissement complet de la tumeur.

La tumeur fut examinée avec soin par notre collègue M. le Dr Poulet; elle n'a pas de capsule et offre à la coupe l'aspect du tissu caverneux; elle se compose histologiquement :

1° D'une trame conjonctive, à travées lâches, circonscrivant des îlots adipeux, comme dans le fibro-lipome; çà et là existent dans ce tissu des capillaires et des artérioles, à parois épaisses;

2° De lacunes nombreuses, circulaires ou en fentes aplaties, divisées complètement ou non par des éperons ou des cloisons. La plupart sont vides, les autres remplies de caillots sanguins. Les parois sont minces, formées de fibres musculaires lisses, disposées en amas et même se prolongeant dans le tissu ambiant, en leur donnant l'aspect d'un myôme. Dans certains points, ces fibres constituent presque tout le tissu intermédiaire aux lacunes.

En fait, il s'agit d'un angio-lipome congénital, contenant, dans son stroma, des fibres lisses comme dans les myômes (angio-fibro-lipo-myôme).

Plusieurs points sont intéressants dans cette observation. Tout d'abord, le développement de cette tumeur qui, aperçue dès la naissance, envahit peu à peu en sept années le dos de la main, le petit doigt et une partie de la face palmaire. Cette marche essentiellement lente fait différer très notablement cette néoformation de l'angiome simple, dont l'évolution, quand elle se fait, marche bien plus rapidement.

Un second point, c'est l'intervention chirurgicale, en quelque sorte, imposée à M. Bousquet.

L'extirpation de la tumeur mettait la peau qui la recouvrait dans des conditions telles, qu'elle ne pouvait se nourrir; aussi y a-t-il eu du sphacèle assez étendu, ce qui était à prévoir.

D'autre part, l'ablation poursuivie jusque dans la paume de la main devenait impossible; on a donc dû se borner à une extirpation incomplète. Or, contrairement aux craintes formulées ici même, la tumeur tend à s'atrophier de ce côté, et, en tout cas, n'augmente plus, ce qui est très important à noter.

Les suites de l'opération n'ont pas été simples, il y a eu deux complications médicales, en quelque sorte : la rougeole et la fièvre intermittente.

De la première, nous ne dirons rien, si ce n'est qu'elle a arrêté les phénomènes de réparation. Mais, à propos de la seconde, nous ferons remarquer qu'un sujet, vivant dans un milieu paludéen, peut, à propos d'un traumatisme, avoir des accidents fébriles intermittents, alors *qu'il n'en avait jamais présenté antérieurement.* C'est là un fait important qui n'est pas assez connu, et dont l'exactitude n'est plus à démontrer pour nous.

Malgré les précautions antiseptiques, M. Bousquet a eu des ac-

cidents locaux et généraux. Faut-il les attribuer aux complications intérieures médicales; faut-il incriminer l'asepsie relative du chirurgien? Je serais tenté de soutenir cette dernière thèse : s'il y a eu du pus, il a été inoculé; telle est ma proposition dans ces circonstances, proposition applicable à tous les cas analogues.

Quant à la question de transformation de la tumeur primitivement vasculaire (angiome) en lipome, j'avoue me déclarer incompétent à cet égard.

Rapport.

Tumeur verruqueuse (papillome) de l'ombilic chez une femme. — Hémorrhagies en nappe, lors des menstrues. — Ligature élastique. — Guérison.

Rapport par M. le Dr Terrier.

Tel est le titre de la deuxième observation que vous a adressée M. Bousquet, le 23 mars 1887, et dont vous m'avez aussi nommé rapporteur. Voici ce fait :

Mme V..., 47 ans, vient consulter notre confrère, en février 1887, à propos d'une tumeur de la région ombilicale.

Depuis dix ans, cette dame est porteuse d'un fibrome utérin ayant actuellement le volume d'une tête de fœtus de 6 mois.

En 1883, le fibrome détermina de l'ascite, contre laquelle Mme V... utilisa des frictions d'une pommade iodurée, et cela jusqu'en 1886, car l'ascite avait de la tendance à disparaître sous l'influence de ce remède.

Toujours est-il qu'au commencement de l'année 1886 Mme V... s'aperçut de l'existence d'une tumeur au niveau de l'ombilic; de plus, à chaque époque menstruelle, cette tumeur devenait le siège d'un assez abondant écoulement sanguin, nécessitant l'application d'une compression et d'attouchements au perchlorure de fer.

A l'ombilic, existe une masse du volume d'une petite orange, offrant un pédicule court et gros comme le doigt. Il s'agit d'un papillome. Un fil de caoutchouc est passé autour du pédicule et la tumeur tombe quatre jours après. Le pédicule est ensuite cautérisé avec de l'acide azotique fumant. A la prochaine époque, la plaie, non encore cicatrisée, ne donne pas de sang. La cicatrice se fait bientôt après.

Nous n'avons qu'une seule observation à faire à propos de ce fait, c'est que le mode d'intervention n'a pas permis d'étudier histologiquement la néoformation ombilicale. Or, il résulte de travaux récents (thèse de F. Villar, 1886, sur les tumeurs de l'ombilic)

que les papillomes de l'ombilic sont rares, puisqu'il n'en existerait que quatre cas observés chez l'adulte.

Communication.

M. ROUTIER lit une observation intitulée : *Pseudarthrose de la mâchoire, guérie après suture.*

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,
TERRILLON.

Séance du 29 juin 1887.

Présidence de M. LANNELONGUE.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° *Vevey, station climatérique*, par le Dr Henri MARTIN;

3° *Commission géologique et d'histoire naturelle du Canada* (Rapport annuel, nouvelle série, volume I, 1885, avec planches);

4° *Étude clinique sur l'orchite paludéenne*, par le Dr CHARVOT, médecin-major de 1re classe (commissaire, M. Chauvel).

Commission pour l'examen des candidats à la place de membre titulaire.

Votants : 14. — Majorité : 8.

Sont nommés :

MM. Hortcloup.................. 14 voix.
Monod..................... 13 —
Quenu..................... 14 —

Suite de la discussion sur les plaies pénétrantes du crâne.

M. Verneuil. J'ai cité, dans la dernière séance, deux observations de plaies pénétrantes du crâne par balles de révolver, suivies de guérison. En consultant mes notes, j'ai retrouvé trois autres blessures du même genre, mais avec terminaison fatale, deux fois immédiate et une fois tardive. Comme il n'est pas sans intérêt de réunir tous les faits de cette petite série intégrale, je les rapporterai brièvement.

Observation I. — Il y a bientôt seize ans, on apporta à l'hôpital Lariboisière un jeune homme qui, dans un établissement de tir, avait reçu, par accident, juste au milieu du front et à bout portant, une balle de carabine de neuf millimètres de diamètre. L'orifice d'entrée était petit; il n'y avait pas d'orifice de sortie. Je vis le blessé peu d'heures après l'accident; il n'avait pas repris sa connaissance, était fort agité et délirait continuellement. Jugeant le cas désespéré, je ne tentai rien et fis appliquer seulement des compresses froides sur la tête. La mort survint le lendemain. L'autopsie ne fut pas permise.

Obs. II. — Un négociant, dont les fonctions intellectuelles étaient quelque peu dérangées, se tira un coup de revolver dans le conduit auditif droit. Je fus appelé, quelques heures après, pour extraire la balle. Le médecin ordinaire de la maison, à mon arrivée, voulant faciliter ma tâche en me montrant le trajet du projectile, plongea dans la plaie sa sonde cannelée, qui pénétra à 10 ou 12 centimètres de profondeur. J'arrêtai sa main, et après lui avoir fait comprendre, non sans quelque peine, que la recherche et l'extraction de la balle offraient plus de dangers que l'expectation, je me contentai de nettoyer la plaie et de la panser avec soin. Aucun accident ne survint; les symptômes consécutifs à la blessure se dissipèrent peu à peu et la guérison s'effectua assez rapidement. J'ai revu le blessé très longtemps après l'accident, il n'en avait pas conservé de traces.

Obs. III. — En 1883, entra dans mon service un homme de 52 ans qui, le 7 avril, obsédé par des idées de suicide, s'était tiré trois coups de revolver en appuyant le canon de l'arme sur le milieu du front. Un projectile n'avait fait qu'une plaie superficielle, les deux autres avaient pénétré dans le crâne. Le blessé n'avait pas perdu connaissance et put, le soir même, marcher, manger, boire et dormir à merveille. Le lendemain il se leva et ne ressentit aucune douleur, aucun malaise, n'accusant que de la polyurie et des envies fréquentes d'uriner.

Au douzième jour, les plaies étant cicatrisées, notre homme reprit son travail; mais bientôt, voyant apparaître au point blessé une tumeur qui augmenta peu à peu, il entra à l'hôpital, le 30 avril, vingt-deux jours après l'accident.

Je constatai, au centre de la région frontale, une saillie du volume

d'une demi-mandarine, au milieu de laquelle on retrouvait deux cicatrices violacées, le reste de la peau n'avait pas changé de coloration; cette tumeur, nettement fluctuante et lentement réductible à la pression, présente, à la vue et au toucher, une expansion et des battements isochrones à la systole cardiaque, et, à l'auscultation, un bruit de souffle assez rude. Elle augmente de volume quand la tête est baissée en avant. Lorsqu'elle est réduite par la position horizontale, ou perçoit une perforation de la paroi crânienne, dans laquelle on peut engager la pulpe de l'index. Aucun trouble dans la motilité ni la sensibilité des membres, apyrexie complète, état général excellent, glycosurie légère. Toutefois, la parole saccadée, le tremblement de la langue et le délire continuel de la persécution attestent assez l'existence d'une paralysie générale commençante.

Pensant que la tumeur est formée par le liquide céphalo-rachidien épanché dans une poche sous-cutanée, je fais faire un pansement légèrement compressif, qui réduit le liquide et l'empêche de sortir du crâne. Le malade supporte mal la compression. Or, je ne pus savoir comment ni pourquoi, le 5 mai, je trouve la tumeur affaissée et l'une des deux cicatrices ouvertes. Par l'orifice s'écoule un liquide clair. On applique un pansement antiseptique. La fistule, après avoir duré dix jours, se ferme, et les téguments paraissent recollés, le malade sort le 5 juin, et reprend son travail. Mais des accidents cérébraux surviennent: céphalalgie, vertiges, étourdissements, affaiblissement de la mémoire; la plaie frontale s'ouvre de nouveau. Le malade rentre à la Pitié le 9 juillet; le 11 et le 17, accès épileptiforme, puis contracture des quatre membres, perte de connaissance. La température, à 38° le 17, monte à 40° le 20, et à 41° le lendemain. Mort dans le coma, près de trois mois et demi après la blessure.

A l'autopsie, on constate la perforation du crâne et de la dure-mère. Un stylet, pénétrant dans la première circonvolution frontale, tombe dans la cavité d'un abcès du volume d'une noix, qui contient, enchâssée dans la substance blanche, une première balle de 9 millimètres. En dedans de cet abcès en existe un second, un peu moins volumineux, et qui contient le second projectile.

Substance blanche congestionnée autour des abcès; le reste du cerveau est sain; les méninges sont un peu épaisses et adhérentes[1].

Obs. IV. — Le 4 mars 1886, dans la soirée, on apporta à la Pitié un jeune homme atteint depuis son enfance de paralysie infantile, et qui venait de se tirer un coup de revolver derrière l'oreille droite. Chute et perte de connaissance immédiates, hémorrhagie assez abondante par le conduit auditif externe et qu'on arrête à l'hôpital avec la ouate hydrophile.

Le 5, au matin, un élève du service explore la plaie avec une sonde cannelée qui pénètre profondément dans la cavité crânienne sans ren-

[1] J'analyse ici cette observation, présentée avec plus de détails à la Société anatomique par mon élève M. Tessier (*Bull. de la Soc. anat.*, 1883, p. 363).

contrer le projectile. Je vois le blessé vers 10 heures, il était endormi et respirait tranquillement. Je le réveille pour l'interroger, il ouvre lentement les yeux, répond assez clairement aux questions, mais se rendort aussitôt qu'il cesse de parler. On constate une déviation de la bouche et une paralysie du facial. Les membres supérieurs ont conservé leur sensibilité et leur motilité. Les inférieurs sont atrophiés, fléchis, contracturés depuis l'enfance.

La plaie siège au niveau de la rainure digastrique ; de là, le projectile, pénétrant de bas en haut et de dehors en dedans, a traversé le conduit auditif pour pénétrer dans le crâne ; le facial a dû être coupé près de l'orifice inférieur de l'aqueduc de Fallope ; rien n'indique en quel point et à quelle profondeur s'est arrêtée la balle.

Je fais transporter le blessé à l'amphithéâtre, non pas à coup sûr pour chercher cette balle dans le cerveau et en tenter l'ablation, mais pour découvrir la perforation crânienne, en extraire au besoin les esquilles et surtout purifier soigneusement et panser antiseptiquement tout le trajet extra-crânien de la plaie.

Pour faciliter le nettoyage du conduit auditif, qui est rempli de caillots, je détache, par une incision pratiquée dans le sillon auriculo-mastoïdien, le lobule de l'oreille et la partie inférieure de la conque, et les fait relever. On découvre alors toute la plaie, depuis la peau jusqu'à la paroi crânienne. L'orifice osseux est assez grand, inégal et entouré de quelques esquilles plus ou moins adhérentes, que j'extrais avec précaution et sans m'engager dans la cavité crânienne. Deux fois le malade s'agite ; il fait un effort pendant lequel s'échappe une bouillie formée de sang et de matière cérébrale. Je nettoie au plus vite cette plaie anfractueuse, ainsi que le pavillon de l'oreille et la région mastoïdienne. Je réapplique, sans la suturer, la partie du pavillon que j'avais détachée, et je recouvre le tout d'un pansement iodoformé.

Le malade est reporté dans son lit, à moitié réveillé ; il retombe bientôt dans la somnolence où il était avant l'opération, et succombe à deux heures de l'après-midi. J'avais cru, malgré cet état demi-comateux, devoir faire inspirer un peu de chloroforme, parce que l'attouchement de la région blessée et à plus forte raison les incisions pratiquées sur l'oreille provoquaient de l'agitation avec cris et mouvements désordonnés de la part du patient ; l'insensibilité complète fut d'ailleurs obtenue vite et avec très peu de chloroforme.

Le cerveau enlevé fut remis à M. Pozzi pour être examiné attentivement au point de vue des lésions correspondant à l'atrophie des deux membres inférieurs. C'est pourquoi nous ne recherchâmes point les désordres causés par le projectile et la malencontreuse exploration faite avec la sonde cannelée. M. Pozzi a bien voulu nous adresser la note suivante : « Le cerveau ne renfermait pas de balle ; le coup de feu avait labouré et détruit le lobe sphénoïdal droit en y projetant des esquilles qui y sont restées ; il y avait aussi une large suffusion sanguine de la partie inférieure du lobe temporal droit. La balle a été égarée pendant l'autopsie et est restée peut-être dans l'épaisseur des parois crâniennes ? »

Les résultats de l'autopsie montrent que la découverte et l'extraction de la balle n'auraient point empêché la mort prompte, et que toute intervention était frappée d'avance de stérilité.

Obs. V. — Le 11 juillet 1886, on apporte à la Pitié un homme de 50 ans qui, dans un accès de désespoir, s'est tiré un coup de revolver dans le conduit auditif gauche. Je le vois quelques heures après; il est dans le coma, et, cependant, en le secouant et en lui parlant haut, on parvient à obtenir quelques réponses raisonnables; il existe une paralysie faciale très prononcée, mais la motilité et la sensibilité des membres sont intactes. Point de vomissements, point d'incontinence ni de rétention d'urine. Respiration normale. Température à 37°. Pouls plein, un peu lent.

Pendant les heures qui ont suivi l'accident, il y a eu par le conduit auditif une hémorrhagie peu abondante, mais continue, qui s'est arrêtée spontanément. Actuellement, le conduit et la conque sont remplis de sang coagulé.

Le diagnostic n'est point douteux. Le projectile, en traversant le rocher, a sectionné le nerf facial et s'est perdu dans la cavité crânienne. Le pronostic semble fort grave. J'agite la question de la conduite à suivre et me prononce sans hésiter pour l'expectation. Je me borne à nettoyer moi-même et avec le plus grand soin toute la région blessée et surtout le conduit auditif; je le débarrasse du sang épanché, que je remplace par de l'iodoforme en poudre fine. Un pansement antiseptique est appliqué et devra rester, s'il est possible, deux ou trois jours en place.

Les suites furent très simples; l'état comateux se dissipa lentement. Le cinquième jour, le blessé répondait facilement aux questions et avait les yeux ouverts. Apyrexie complète, rétablissement des fonctions digestives. On continue les pansements antiseptiques pendant toute la semaine, et on laisse même au fond du conduit auditif une couche d'iodoforme en poudre. L'ouïe est abolie de ce côté et la paralysie faciale persiste. Mais le malade, parfaitement guéri, est dirigé sur Vincennes à la fin du mois[1].

M. Monod. J'ai vu trois cas analogues aux précédents.

Dans le premier, il s'agit d'un coup de fusil reçu dans l'œil gauche. L'œil saute et le projectile va se loger dans la cavité crânienne, intéressant à coup sûr, directement ou par voisinage, la troisième circonvolution frontale gauche. Le blessé fut, en effet, pendant quelque temps complètement aphasique. Peu à peu l'usage de la parole revint, d'abord par monosyllabes, puis par phrases

[1] On trouve dans la thèse de M. Laffitte (*Contre-indications de l'extraction des balles de revolver*, p. 26. Paris, 1882) une observation prise dans mon service, mais trop incomplète pour être utilisée actuellement, bien que l'absence d'accidents soit explicitement notée. Déjà, en 1881, je repoussais les explorations et les tentatives d'extraction.

entières, jusqu'à intégrité complète ; pendant ce temps son intelligence était restée intacte. La faculté d'écrire avait suivi les mêmes oscillations que celle du langage.

Au bout d'un mois le malade sortait guéri, sans qu'il eût subi d'intervention d'aucune sorte.

Même abstention dans mon second cas. Un homme se tire quatre coups de revolver dans la tête. Les phénomènes de dépression et de torpeur qui survinrent dans les premiers jours permettent de penser qu'au moins l'une d'entre elles avait pénétré dans le crâne. Je ne fis rien pour m'en assurer. Le malade, qui est encore à l'hôpital, est en pleine voie de guérison.

Dans mon troisième cas, l'issue au contraire a été fatale. Le coup de revolver, volontairement tiré, avait produit une fracture avec esquilles dans la fosse temporale droite. Appelé, séance tenante, auprès du blessé, je crus pouvoir, sans inconvénient, enlever les fragments osseux détachés et explorer avec précaution la plaie, dans l'espoir d'y trouver une balle facilement accessible. Je ne poursuivis pas longtemps cette recherche, et appliquai un pansement antiseptique (gaze iodoformée). Dès le lendemain, de la matière cérébrale s'échappait par fragments de la plaie. Le blessé allait bien cependant, la température restait normale, et l'intelligence intacte. Il en fut ainsi jusqu'au cinquième jour ; à cette date, presque subitement, la fièvre s'alluma, intense, en même temps les deux membres du côte gauche tombaient inertes ; vingt-quatre heures après, la mort survenait dans le coma.

En somme, bien que l'intervention prudente et limitée que j'ai cru devoir faire dans ce dernier cas parût pleinement indiquée, l'analyse de ces trois faits parle plutôt en faveur de l'abstention complète. Je n'oublie pas cependant que mon troisième blessé, dont la cavité crânienne était largement ouverte, au point que le cerveau faisait issue en dehors, était beaucoup plus grièvement atteint que les deux autres.

Rapport.

Note sur le traitement des abcès de la fosse ischio-rectale ou espace pelvi-rectal inférieur, par l'incision simple ou procédé de Foubert, par M. P. Bazy, chirurgien des hôpitaux.

Rapport par M. Horteloup.

Il y a quelques mois M. Bazy vous a communiqué deux observations d'abcès de la fosse ischio-rectale, traités par l'incision simple ou procédé de Foubert.

Dans la première, il s'agit d'un homme de 35 ans qui entre à l'Hôtel-Dieu, le 15 septembre 1883, pour un volumineux abcès de la région anale. On constate une énorme tuméfaction à la partie gauche, d'un rouge violet, s'étendant en avant sur toute la moitié postérieure, en avant de l'anus qu'elle déborde en arrière, empiétant sur la fesse gauche dans une étendue de cinq à six centimètres; l'orifice anal est en partie caché et paraît comme rejeté du côté droit.

Au mois d'août de la même année, cet homme avait eu un abcès dû à des hémorrhoïdes enflammées, et qui avait guéri avec une simple incision et un pansement à plat. Cet abcès siégeait à droite de l'anus; donc on ne pouvait pas admettre que le nouvel abcès, pour lequel il rentrait à l'Hôtel-Dieu, fût une récidive du premier.

En introduisant le doigt dans le rectum, après avoir franchi avec quelque difficulté le sphincter, on constate que la paroi gauche du rectum fait une saillie manifeste dans une étendue de cinq à 6 centimètres. Cette exploration, qui est très douloureuse, permet de constater une fluctuation bien nette que l'on transmet au doigt appliqué sur la saillie périnéale. M. Bazy porte le diagnostic d'abcès de la fosse ischio-rectale gauche.

Il fait sur le point culminant de la tuméfaction une incision de deux centimètres, qui donne issue à un pus bien lie, avec odeur caractéristique. Des injections avec de l'eau phéniquée forte sont faites dans le foyer, et lorsque le liquide ne ramène plus de pus M. Bazy introduit un drain de sept millimètres de diamètre dans une profondeur de sept centimètres. Pansement avec de la gaze phéniquée. Opium à l'intérieur.

Le lendemain, nouveau lavage. Le surlendemain, nouveau lavage, le tube est diminué d'un centimètre.

Les mêmes lavages sont faits tous les jours, le tube est diminué tous les deux jours, et le 5 octobre le malade sortait guéri.

M. Bazy a eu des nouvelles de cet homme, qui est cocher dans un grand magasin; malgré son métier fatiguant, il continue à se bien porter et il n'est rien survenu d'anormal.

La seconde observation a trait à un homme de 55 ans, alcoolique, atteint d'un abcès de l'anus pendant le cours d'une convalescence.

M. Bazy constate une tuméfaction occupant la région située entre l'anus et la tubérosité de l'ischion du côté droit, s'avançant du côté du périnée et des bourses; elle était allongée, dans le sens antéro-postérieur, et mesurait six centimètres d'étendue. La peau, à peine rouge, est dure, sauf au point le plus culminant.

Le toucher rectal fait constater au-dessus du sphincter anal une tuméfaction de cinq à six centimètres de hauteur, beaucoup plus molle que celle de l'extérieur. M. Bazy porte le diagnostic

d'abcès de la fosse ischio-rectale occasionné par des accidents gastro-intestinaux.

L'état général était très mauvais, il y avait de la rétention d'urine. On ordonne deux lavements et des lotions extérieures pour faire une opération aussi aseptique que possible.

Le lendemain, 31 août 1886, le gonflement a presque doublé et la fluctuation est très évidente de dedans en dehors.

Incision d'un centimètre et demi, écoulement de trois à quatre cuillerées de pus bien lie, mais très fétide.

Lavages répétés à la solution phéniquée forte, puis introduction d'un drain assez fort, qui pénètre à six centimètres environ de profondeur. Pansement à l'iodoforme et à la gaze iodoformée.

Le pansement est, comme chez le premier malade, refait tous les jours et le tube diminué graduellement ; le 9 septembre, on applique un pansement au diachylon, qui reste deux jours en place, et la guérison peut être constatée.

M. Bazy a revu le malade à la fin de janvier 1887 ; la guérison s'est parfaitement maintenue ; en introduisant le doigt, on trouve un cordon dur qui paraît faire corps avec l'ischion, et qui remonte à cinq ou six centimètres. Ce cordon, véritable cicatrice muqueuse, est absolument indolent.

Il y a quelques jours, M. Bazy m'a écrit qu'il avait pu réexaminer son malade ; l'incision de la marge de l'anus est à peine visible, cependant on constate à son niveau un petit cordon induré. Par le toucher rectal, on sent non plus un cordon dur, mais de petites nodisités en chapelet, disposées suivant un trajet rectiligne parallèle au rectum et accolées à l'ischion, sur lesquelles la muqueuse est toujours mobile.

La note de M. Bazy a eu principalement pour but de répondre à une communication faite par notre distingué collègue M. Reclus au Congrès pour l'avancement des sciences, intitulée : *De l'incision des abcès de la région ano-rectale*, et dans laquelle il conseille la méthode dont il s'agit, et se terminant ainsi : « Tout abcès à la région ano-rectale doit être traité comme une fistule borgne externe dont, après ouverture spontanée ou simple ponction, il est devenu le parfait équivalent. »

J'ai lu ce mémoire avec un grand plaisir, comme tout ce qui sort de la plume si fine de notre collègue, mais j'avoue que j'avais été un peu étonné de l'importance donné à la discussion d'une pratique que je croyais, peut-être à tort, suivie par beaucoup d'entre nous. Depuis que je suis chirurgien des hôpitaux, je l'ai presque toujours suivie en entier ; je ne l'avais nullement inventée, et j'y avais été conduit par le conseil de M. Nélaton, à qui je l'avais vu exécuter dans les dernières années de sa vie.

J'avais lu une clinique de M. Verneuil, datant de 1878, où notre savant maître préconisait cette manière de faire; je l'avais entendu nous en parler, il y a plusieurs années, d'une façon tout à fait incidente et comme d'une manière de faire courante. Je connaissais, de M. Trélat, en 1885, une excellente leçon dans laquelle le traitement des abcès de l'anus n'était que le côté secondaire, mais où se trouvait exposée cette première règle : chaque fois que vous êtes en présence d'un abcès de la marge de l'anus, que vous venez d'ouvrir ou qui vient de s'ouvrir, il faut explorer avec le stylet, voir jusqu'où remonte le décollement, et diviser la paroi rectale dans toute la hauteur de ce décollement.

L'impression que j'avais eue en lisant le travail de M. Reclus se retrouve dans une nouvelle clinique, in-8°, avril 1887, dans laquelle M. Trélat s'étonne un peu de voir discuter si tout abcès doit être traité comme une fistule borgne externe dont, après ouverture spontanée ou simple ponction, il est devenu l'équivalent; car je croyais, dit-il, cette question vidée maintenant, et il conclut que, sauf les petits abcès tubéreux, qui guérissent très bien par simple ouverture, spontanée ou chirurgicale, tous les autres abcès de la marge de l'anus doivent être traités par la méthode de Fayet, c'est-à-dire par une large incision qui réalise, en un seul temps, et l'ouverture de l'abcès, et l'opération de la fistule consécutive à cet abcès.

La discussion pour savoir comment on doit ouvrir les abcès de l'anus ne date pas d'hier. M. Reclus, nous reportant à plus d'un siècle en arrière, établit que depuis 1743 les chirurgiens oscillent entre la méthode proposée par Faget, premier volume de mémoires de l'académie de chirurgie, et entre celle de Foubert, troisième volume de ces mêmes mémoires. Faget contre Foubert; d'un côté, une grande incision comprenant tout le décollement du rectum; de l'autre, une petite ponction de huit à dix lignes, pour laisser évacuer le pus.

Foubert, d'après Chassaignac, était, s'il écrivait de fort beaux mémoires académiques, un chirurgien d'un faible sens pratique; la lecture de son mémoire confirme assez bien ce jugement, car, sur les huit observations qui s'y trouvent, il y en a six qui n'ont nullement rapport aux abcès de la marge de l'anus dont il veut parler.

Le mémoire de Faget est l'œuvre d'un chirurgien beaucoup plus expert. Il ne suffit pas, dit-il en commençant, d'ouvrir les abcès du fondement où le rectum est découvert, il faut inciser ou fendre cet intestin pour procurer sa réunion avec les parties voisines ; sans cette précaution, on n'obtient assez ordinairement qu'une fausse guérison... A l'appui de cette opinion, il rapporte une observation de fistule anale survenue à la suite de deux abcès ouverts par la

simple incision. Faget explique bien que les accidents du malade tiennent à ce qu'en ouvrant les abcès on n'a pas pris en même temps la précaution d'ouvrir le rectum jusqu'au fond d'aucun des deux abcès. Le seul moyen, pour éviter que l'ulcère reste fistuleux, dit-il plus loin, est d'ouvrir le rectum et de couper le trousseau des fibres circulaires jusqu'au fond de l'abcès.

Faget, dans tout ce mémoire, n'a pas l'air d'exposer un procédé nouveau lui appartenant, mais simplement de regretter qu'on n'ait pas suivi une pratique déjà consacrée.

C'est qu'en effet cette incision du rectum décollé, pour compléter l'ouverture d'un abcès de l'anus, n'appartient nullement à Faget.

Dans un petit volume très intéressant, publié en 1702 et intitulé : *Nouveau recueil d'observations chirurgicales*, dont la préface commence par cette réflexion philosophique, mais un peu ironique : « Si j'avais eu dessein de me revêtir de la qualité d'auteur, en donnant au public ce recueil d'observations chirurgicales, j'aurais dû le faire plus ample et plus étendu, le vulgaire ayant coutume de regarder ceux qui font de gros livres comme des auteurs d'une grande considération, et les faiseurs de petits volumes comme des écrivains d'un léger mérite, » Saviard, ancien maître chirurgien de l'Hôtel-Dieu et juré à Paris, publie trois observations d'abcès au fondement, où se trouve exposée cette méthode soi-disant de Faget. Dans la première, observation XLIX du livre, Saviard raconte que, le dixième septembre 1695, il fut mandé par M. Paslue, avocat au Parlement, demeurant au cloître de Saint-Germain-l'Auxerrois, à l'occasion d'un abcès fistuleux qu'on lui avait ouvert et guéri plusieurs fois à la marge de l'anus. « L'ayant visité en présence de M. Cordille, son médecin, je reconnus, dit-il, aisément qu'il avait une fistule bien conditionnée; après quoi je lui fis entendre que l'on n'avait occasionné de fréquentes récidives à son mal que pour avoir négligé la cure de sa fistule en la coupant dans toute sa profondeur. » Après avoir décrit son opération, il conclut en disant : « L'utilité que l'on peut tirer de cette observation pour la pratique consiste à reconnaître que, pour guérir radicalement les abcès qui se forment aux environs de l'anus, il faut nécessairement couper l'intestin, *quoiqu'il ne soit pas percé*, parce qu'on ne peut jamais établir une bonne cicatrice dans le fond de l'ulcère, quand la matière a touché le corps de l'intestin, ce qui occasionne la récidive. »

Dans la seconde observation, il raconte un malheur opératoire; mais dans la troisième, la cinquante-et-unième, il indique encore plus nettement l'importance de cette pratique.

« Une nommée M[lle] Le Page, demeurant dans la place Dauphine, m'envoya quérir le dix-neuvième août 1699, pour me consulter sur

Paris. — Société d'Imp. PAUL DUPONT (Cl.) 43.7.87. *Le Gérant : G. MASSON.*

un abcès fistuleux à l'anus, qui l'avait incommodée bien des fois par de fréquentes récidives, depuis 20 ans ou environ, qu'il lui avait été premièrement ouvert et guéri pour un temps.

« Je sentis le sac de l'abcès rempli de matière et, l'ayant ouvert à l'heure même, il en sortit un pus noirâtre et fort puant. Ensuite, je sondai le fond du sac et trouvant le boyau fort mince entre mon doigt et ma sonde, je dis à la malade que, pour la guérir sans retour, il fallait lui faire l'opération de la fistule dans son entier, ce que plusieurs chirurgiens lui avaient déjà conseillé avant moy. »

La malade n'était pas trop décidée, mais Saviard était tellement convaincu que, sans prévenir la malade, il fit l'opération. « Sans m'émouvoir, dit-il, des cris de la malade, ni de la demoiselle qui était présente et de la servante qui m'éclairait. Le vingt-septième septembre, la malade était guérie. »

Il est difficile d'être plus net que ne l'est Saviard dans la nécessité de fendre le rectum, opération qu'il ne présente nullement comme étant sienne, puisqu'il dit même que plusieurs chirurgiens l'avaient déjà conseillée avant lui.

Il faut se rappeler, comme me le disait hier notre érudit bibliothécaire, M. L.-H. Petit, à qui je montrais les observations de Saviard, que, peu d'années avant, le grand roi avait subi l'opération d'un abcès fistuleux, et que s'il y avait eu beaucoup de courtisans prêts à se faire fendre l'anus, même intact, pour faire leur cour, les chirurgiens avaient dû étudier avec grand soin tout ce qui regardait cette maladie.

Ce qui permet de croire que cette incision rectale était une chose bien connue avant Faget, c'est que, dans les œuvres de Jean-Louis Petit, publiées, il est vrai, en 1783, mais d'après des notes antérieures ou contemporaines aux deux mémoires de l'Académie de chirurgie, puisque ce grand chirurgien mourut en 1750, on trouve cette pratique exposée tout au long : « Si le rectum n'est dénudé que dans l'étendue du sphincter, l'opération que nous venons de décrire (l'incision cruciale) est suffisante ; mais si la dénudation est supérieure au sphincter, que le boyau soit considérablement éminci ou percé, on est obligé de le fendre, c'est-à-dire de le couper depuis l'endroit dénudé jusque et compris l'anus. » « Si les abcès, dit-il plus bas, dont nous venons de parler, s'ouvrent d'eux-mêmes ou si, quand on les ouvre, on n'observe pas exactement ce que j'ai dit, ils ne guérissent point... »

Mais cette grande incision, avec les débridements nécessaires que Saviard, J.-L. Petit, Faget savaient pratiquer, étant une opération difficile et délicate, il est fort probable qu'il y avait eu des accidents. Saviard nous dit, dans la première observation, qu'en coupant des brides profondes, on a ouvert des branches d'artères,

« ainsi qu'il est arrivé plus d'une fois au grand dommage des malades qui ont péri quelquefois par l'hémorrhagie, puisqu'il est impossible de faire la ligature du vaisseau qui la fournit et qu'il n'est pas facile de comprimer son ouverture faute d'appuy. » Saviard n'aurait pas repoussé les pinces à forcipressure.

De plus, on redoutait déjà que la section du sphincter ne fût suivie d'incontinence des matières, car « on avait insinué, au malade, dit Faget, qu'après l'opération, il rendrait les matières involontairement, surtout lorsqu'il aurait le dévoiement; je le rassurai de mon mieux, fondé sur le mécanisme de cet organe. » Aussi Faget termine-t-il son travail sur la physiologie de la défécation chez son malade et conclut que « la crainte de l'incontinence des excréments ne doit pas empêcher de pousser la section jusqu'aux releveurs ».

Toutes ces raisons avaient peut-être jeté un peu de discrédit sur cette cure radicale des abcès du fondement; aussi, lorsqu'on vit Foubert, une des grandes notabilités de la chirurgie, venir appuyer une pratique beaucoup plus simple, on comprend qu'il fut suivi par ceux qui n'avaient pas la conviction absolue ou la hardiesse et le sang froid de Saviard. On pouvait cependant, dit Foubert, objecter à sa méthode un seul inconvénient; « c'est que cette ouverture ne mène pas toujours à une cure radicale et qu'il reste une fistule à l'anus. Mais l'on ne risquera pas, dit-il, d'étendre l'opération au delà des bornes prescrites par la nature du mal et d'entamer des parties saines qu'on ne peut pas trop respecter. »

Aujourd'hui, à plus d'un siècle de distance, la question vient se reposer exactement dans les mêmes termes.

M. Reclus, se basant sur des faits de non-guérisons d'abcès de l'anus, à la suite d'ouverture spontanée ou de petites incisions, sur des observations où l'opération, dite de Faget, a donné des résultats définitifs, conclut qu'il est nécessaire de fendre d'emblée le rectum et il termine son mémoire en montrant qu'il n'y a pas trop à redouter l'incontinence des matières.

M. Bazy, lui, au contraire, avance « que ce n'est pas sans une certaine crainte qu'il se décide à pratiquer une incision qui doit diviser le sphincter anal ». « J'ai vu, dit-il, un certain nombre de ces incisions laisser à leur suite une légère incontinence de matières liquides ou des gaz; je les redoute un peu, et autant que possible je cherche à les éviter. »

M. Bazy pense que les préceptes qu'il préconise ne sauraient s'adresser aux abcès tuberculeux de la région, pas plus qu'aux abcès ouverts dans le rectum ou aux abcès gangréneux de la région; mais, pour les abcès de la fosse ischio-rectale, non ouverts, il trouve que l'incision, le lavage du foyer, le drainage forment un

procédé qui abrège considérablement la durée du traitement. On peut, en dix ou douze jours, guérir un abcès de la fosse ischio-rectale. La possibilité d'une semblable guérison vaut bien que l'on tente de l'obtenir de cette manière, quitte à faire plus tard l'opération de la fistule à l'anus, si c'est nécessaire.

M. Reclus, dans un article de la *Gazette hebdomadaire* du 21 avril 1887, où il revient sur les diverses formes des abcès périanaux et de leur traitement, semble mettre en doute que les abcès dont vous a entretenu M. Bazy ne fussent pas des abcès de la fosse ischio-rectale, mais de simples abcès sous-tégumentaires.

Je crois qu'il est difficile d'accepter la critique de M. Reclus, car, dans la première observation, M. Bazy a soin de dire : « J'introduis avec peine le doigt dans l'anus et après avoir franchi le sphincter anal et remonté à 5 ou 6 centimètres environ, je sens la paroi correspondante faisant une saillie, etc. » Dans la seconde, le toucher rectal faisait constater, à 5 ou 6 centimètres au-dessus du sphincter anal, une tuméfaction plus molle que la tuméfaction extérieure.

Je crois donc que les deux malades de M. Bazy étaient bien atteints d'abcès de la fosse ischio-rectale; l'une des guérisons date de quatre ans, on peut la considérer comme définitive; la seconde est moins ancienne, dix mois; sera-t-elle aussi heureuse? C'est plus difficile à dire, car le petit chapelet, constaté il y a quelques jours, m'effrayait un peu.

La guérison a été obtenue par l'incision simple ou procédé de Foubert, on peut, si on veut, lui donner ce nom; mais procédé de Foubert, considérablement augmenté et amélioré par la méthode antiseptique. Grâce à l'antisepsie, ainsi que le fait remarquer M. Bazy, la marche des abcès a été bien changée; personne ne conteste plus la guérison rapide, on pourrait dire la guérison par première intention, des parois des vastes abcès dans différents points du corps.

Ne pourrait-on pas obtenir, pour les abcès de la région ischio-rectale, le même résultat heureux, en cherchant à remplacer la compression méthodique des parois, qu'on ne peut pas faire, par un tube à drainage pénétrant jusqu'au fond de la plaie. M. Bazy n'en doute pas, surtout si on a soin de maintenir, aussi complètement que possible, l'asepsie de la région, par des lavages antiseptiques faits immédiatement après les garde-robes, qu'on rendra moins fréquentes par l'usage de l'opium.

Je le souhaite pour les opérés de M. Bazy et pour les médecins qui suivront son exemple, mais tout en le remerciant de son chaleureux plaidoyer, pour me prononcer sur sa manière de faire, je

lui demanderai de plus nombreuses observations. Il suffit, peut-être, simplement d'attendre ; aussi je vous propose :

1° De déposer les observations de M. Bazy dans nos archives

2° De lui adresser nos remerciements.

Discussion.

M. Berger. Toutes les fois que l'abcès périrectal proémine dans le rectum, j'incise largement l'abcès et la paroi rectale, afin d'éviter la fistule consécutive.

Cependant j'ai observé un fait qui prouve que cette pratique n'est pas toujours nécessaire. Dans ce cas, pour un vaste abcès de la fosse ischio-rectale, d'origine diabétique, j'ai fait une longue incision antéro-postérieure, sans toucher au rectum ni à l'anus. L'abcès guérit rapidement sans laisser ni fistule ni incontinence.

M. Reclus. La méthode qui consiste à couper le sphincter dans le traitement des abcès de la fosse ischio-rectale est ancienne, ainsi que M. Horteloup nous l'a indiqué dans son rapport. Elle est connue sous le nom de méthode de Faget.

Mais il semble que la pratique inverse, celle qui consiste à faire une incision simple, ait été employée presque exclusivement depuis longtemps. Cette méthode de Foubert a été surtout recommandée par M. Gosselin, et c'est elle qui était employée quand j'ai commencé mes études.

Seul ou presque seul, Chassaignac, en 1874, avait donné formellement le précepte de couper le sphincter pour éviter la fistule.

Depuis quelques années, une réaction s'est faite en faveur de la pratique de Faget, pour éviter la formation d'une fistule qui nécessiterait une nouvelle opération.

En effet, la méthode de Foubert échoue souvent : ainsi j'ai montré un de mes malades de l'Hôtel-Dieu, chez lequel M. le professeur Richet fit pour un abcès de la fosse ischio-rectale une incision simple, et qui revint quelque temps après avec une longue fistule intrasphinctérienne remontant très haut.

J'ajouterai que, dans les cas publiés par M. Bazy, je n'ai trouvé aucun signe indiquant qu'il s'agissait là d'un abcès de la fosse ischio-rectale, tels que l'abondance du pus et le décollement étendu en hauteur.

Je penserais volontiers qu'il s'agissait dans ces cas d'abcès sous-tégumentaires ou sous-muqueux qui sont bien distincts des premiers.

En effet, il existe entre les deux variétés d'abcès de la marge

de l'anus une distinction capitale mise surtout en relief par Allingham. Il les divise en sous-tégumentaires ou intrasphinctériens et extrasphinctériens.

Dans les premiers, l'incision simple peut réussir, et elle suffit le plus souvent. Mais pour les autres, ou extrasphinctériens, il faut couper cet organe, qui est un obstacle ordinaire à la réunion des parois de l'abcès.

Dans ce cas, il reste après l'ouverture un certain degré d'incontinence, ce qui n'existe pas dans les premiers.

Dernièrement, à l'Hôtel-Dieu, j'ai observé un jeune homme qui avait un vaste abcès froid de la région périanale. Je lui fis une injection d'éther iodoformé, après évacuation du pus. Le succès fut remarquable, la guérison complète.

Il s'agissait d'un abcès intrasphinctérien. Je crois ceux-ci les plus fréquents, et quand on examine avec soin les malades, ainsi que je l'ai fait depuis quelque temps, il est très rare de rencontrer de vrais abcès de la fosse ischio-rectale.

M. Terrier. Je pense rassurer M. Reclus à propos des craintes qu'il exprime en parlant des abcès de la fosse ischio-rectale. Je crois qu'il n'est pas toujours nécessaire de couper le sphincter et le rectum.

En 1879, j'ai eu l'occasion de traiter un abcès de cette variété, qui remontait très haut. Je me suis contenté d'une ouverture très large dans le sens antéro-postérieur. Il est vrai que j'y ajoutai un grattage énergique de toute la paroi. Trois mois après, la malade était guérie sans fistule, et la guérison s'est maintenue.

J'ai employé depuis assez souvent cette pratique qui m'a toujours donné d'excellents résultats.

Toujours mes incisions ont été longues et suffisantes pour l'écoulement facile des liquides et pour l'exploration totale de la cavité. Jamais je ne me contente d'une petite incision, que je condamne avant tout. Je n'ai pas l'intention de prétendre que j'ai inventé un procédé nouveau, ma pratique rentre dans les lois générales concernant l'ouverture large des abcès de toutes les régions.

Je sais qu'un chirurgien anglais a proposé de détruire le trajet des fistules ou des abcès, et de réunir la plaie par première intention; il a même eu des succès par ce procédé.

Mais je crois cette opération difficile, délicate et aventureuse à cause de la difficulté de l'antisepsie dans cette région.

En un mot, il n'y a rien de nouveau, ni dans la communication de M. Bazy, ni dans les faits publiés par mes collègues, et la marge de l'anus ne diffère pas assez des autres régions pour lui appliquer des règles spéciales aux ouvertures des abcès.

M. Trélat. Je n'ai pas entendu le rapport de M. Horteloup, aussi je n'y ferai aucune objection, je prendrai seulement la parole à propos des doctrines générales que soulève cette question. Quand un abcès périrectal remonte le long de la paroi du rectum, je suis partisan de l'ouverture et de la section de cet organe. C'est là le résultat de mon expérience, et j'ai cité ailleurs des faits qui prouvent en faveur de cette pratique.

On évite ainsi la fistule, et la guérison de la plaie ainsi produite est certainement plus rapide que dans le cas d'incision simple, car on évite ainsi les opérations secondaires souvent nécessaires. Celle-ci, j'en suis certain, peut aussi amener la guérison sans laisser de fistule : j'en ai vu des cas.

De même que la paroi du rectum, abaissée du côté de l'anus et soudée à la peau après une extirpation du rectum, se recolle aux parties voisines ; de même les parois rectales décollées par ces abcès peuvent aussi se souder tardivement aux parties molles de la fosse ischio-rectale. C'est ce que nous voyons souvent ; cependant dans la prévision de la persistance d'une fistule et de la nécessité d'une nouvelle intervention, il est préférable de faire l'opération la plus large en fendant la paroi ano-rectale.

Je puis vous citer un fait qui vous prouvera la nécessité de cette intervention radicale.

Gosselin, dans le service de la Charité, avait opéré un homme de 71 ans, atteint d'un abcès de la fosse ischio-rectale. Tout alla bien, et il sembla guéri complètement après quelques semaines.

Mais deux jours après la guérison apparente survint un nouveau phlegmon, que j'ouvris largement en coupant la paroi rectale; la guérison définitive eut lieu à la suite de cette intervention plus large. Le malade a guéri en deux étapes au lieu de guérir en une seule.

M. Horteloup. Je suis d'accord avec M. Reclus sur l'historique de la question. J'y ajouterai cependant que Nélaton coupait aussi la paroi rectale dans ces abcès. Je vous présente ici un petit entérotôme de son invention, qui lui a servi plusieurs fois pour faire cette section.

Communication.

M. le Dr Guinard lit une communication sur : *Un cas d'éléphantiasis des os de la partie supérieure de la face et de la voûte palatine* (M. Magitot, rapporteur).

Communication.

M. Prengrueber lit une communication sur : *Une plaie du crâne par arme à feu avec séjour du projectile dans la cavité cranienne.*

Renvoyée à une commission (M. Chauvel, rapporteur).

Présentation d'instrument.

M. le Dr Terrier présente, au nom de M. le Dr Caulet (de Saint-Sauveur), un hystéromètre fort simple, construit par l'auteur et par M. Collin.

Cet appareil consiste en une tige rigide, montée sur un manche ; cette tige métallique sert de mandrin pour une sonde ou une bougie



identique aux sondes et bougies uréthrales, sonde ou bougie que dépasse de quelques centimètres la tige métallique, d'où une flexibilité suffisante.

En outre, un curseur métallique, facile à démonter, indique très simplement la profondeur à laquelle pénètre la sonde ou la bougie, c'est-à-dire la profondeur de la cavité utérine.

A la rigueur, à chaque examen, on peut renouveler la sonde ou la bougie en gomme élastique.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,

Terrillon.

Séance du 6 juillet 1887.

Présidence de M. Lannelongue.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Le tome XIX de la 3e série des *Actes de l'Académie des sciences naturelles de Catane ;*

3° *The uses of Adhesives Plaster, in orthopœdic Surgery*, par le Dr Indsone (de New-York) ;

4° *Fracture de l'extrémité supérieure du tibia par causes indirectes*, par M. le Dr Labrosse, aide-major de 1re classe de l'armée (Commissaire : M. Kirmisson) ;

5° *Observation de cancer encéphaloïde du cœur*, par le Dr Galzin, médecin-major de l'armée (Commissaire : M. Quénu) ;

6° M. Perrier demande un congé pendant le mois de juillet pour raison de santé (commission des congés).

Communication.

Kystes congénitaux.

M. Després montre à la Société un enfant d'Amiens âgé de 2 ans qui portait à la naissance une tumeur à la racine du nez, profonde, recouverte, par une peau saine, *mobile sur la tumeur*. Sur la ligne médiane à la racine du nez, il y avait un petit pertuis par lequel il est sorti, au dire de la mère, des poils et un peu de matière grasse. Depuis six mois, il n'est rien sorti, mais il reste à l'angle interne de l'œil une petite tumeur grosse comme un pois et très dure.

Il s'agit là d'un kyste dermoïde constitué d'abord par un amas de graisse et de poils communiquant avec l'intérieur par une fistule ; puis la fistule s'est fermée et il s'est formé alors un kyste dermoïde franc ; il est évident que la tumeur siège bien sous la peau mobile au-dessus d'elle.

J'ai conseillé à la mère de ne faire opérer cet enfant que quand il sera arrivé à l'âge de l'adolescence.

Discussion.

M. Lannelongue. Le fait de M. Desprès est intéressant. On en trouvera de semblables avec des poils qui sortent, figurés dans mon traité des kystes congénitaux, et, d'autre part, j'ai vu récemment un brigadier de gendarmerie portant depuis la naissance un kyste médian de la partie moyenne du dos du nez. Pour guérir le malade de M. Desprès, il faudra enlever le canal fistuleux et le kyste qui ui est rattaché.

M. Anger. J'ai opéré il y a quelque temps un jeune homme âgé de 20 ans, qui portait un kyste congénital situé sur la ligne médiane, au niveau du nez. C'était un kyste dermoïde contenant de la graisse et des poils.

Communication.

Plaies pénétrantes du crâne.

M. Verneuil. Je prends la parole au nom de M. le Dr Soulouniac (de Tonnay-Charente), qui rappelle avoir publié en 1883[1] une observation de plaie pénétrante du crâne par armes à feu qui peut être rapprochée de celles qui ont été citées dans les dernières séances.

Un enfant de cinq ans reçut dans le crâne une balle de revolver qu'on ne chercha pas à extraire, après qu'on se fut rendu compte de son trajet. Il y eut issue de matière cérébrale ; le coma dura deux jours, l'aphonie deux semaines, et la paralysie plusieurs mois. Deux ans plus tard, l'enfant se portait à merveille et l'instituteur du pays le considérait comme un de ses meilleurs élèves.

Discussion.

M. Trélat. Je tiens à vous signaler une observation intéressante, se rapportant à la discussion précédente, et indiquant com-

[1] Dans le *Courrier médical.*

bien il est difficile de savoir si la balle a réellement pénétré dans le crâne.

Il s'agit d'un homme qui reçut une balle de revolver, du calibre 9, dans la partie moyenne de la région frontale droite, assez près de la ligne médiane. Il y eut une épistaxis abondante, mais sans accidents cérébraux, ni syncope. Le médecin appelé auprès du malade sonda la plaie à une profondeur de 12 centimètres, mais sans résultat.

Quand je vis le malade cinq jours après l'accident, je pus diagnostiquer une plaie pénétrante du sinus ethmoïdal et du sinus sphénoïdal. Mais je conclus qu'il ne fallait rien faire du côté de la plaie, et attendre les événements.

Après une période de quelques jours, pendant laquelle il y eut des douleurs assez vives par inflammation du foyer, on vit survenir un abcès. Celui-ci fut incisé, donna lieu à l'issue d'une certaine quantité de pus, et permit d'extraire une esquille osseuse. On put alors constater la présence d'un projectile, qui était logé dans le sinus sphénoïdal, il fut enlevé facilement. Le malade guérit. Il y avait donc là un traumatisme extracranien, mais l'exploration de la plaie n'avait pu éclairer ce fait. La suite des accidents montra seule l'indépendance de la région extracranienne.

M. Berger. Il est commun de rester indécis sur le fait de la pénétration ou de la non-pénétration d'un projectile dans le crâne, surtout au voisinage des cavités de la face.

J'ai publié en 1885 (dans la thèse de Besnard), le fait d'un homme qui reçut une balle de revolver dans la fosse temporale, celle-ci traversa les deux orbites et les fosses nasales, mais sans léser le crâne et le cerveau.

Un autre malade, que j'ai observé depuis, avait reçu une balle au milieu du front. Il y eut aussitôt une cécité complète, mais sans lésion oculaire appréciable.

Le médecin voulait explorer pour trouver la balle, mais je m'y opposai et déclarai que j'avais des doutes sur la pénétration en l'absence de symptômes cérébraux. Je proposai d'attendre en surveillant le blessé.

Huit jours après, la balle fut retrouvée dans les garde-robes. Elle avait traversé le sinus frontal, atteint le chiasma des nerfs optiques et était sortie dans le pharynx.

M. Polaillon cite des observations qui viennent à l'appui de cette difficulté à affirmer la pénétration.

Un de ses malades reçut deux coups de revolver dans la fosse temporale. Il y eut gonflement de la région orbitaire, exophthalmie marquée, perte de la vision momentanée et vaste ecchymose, mais

sans symptômes cérébraux. Le malade guérit. La balle resta dans l'orbite, le nerf optique n'avait pas été coupé.

Dans un autre fait, il s'agissait d'une balle ayant pénétré dans l'oreille, après avoir perforé le pavillon, en avant de la région mastoïdienne.

Le malade ne perdit pas connaissance. J'introduisis dans le trajet un stylet antiseptique, mais je ne pus constater la présence de la balle.

Donc, je ne pus ni affirmer ni exclure la pénétration dans le crâne.

Il n'y eut aucun accident consécutif grâce au pansement antiseptique que je pratiquai avec soin.

Cet accident a eu lieu il y a dix jours, le malade est dans mon service en surveillance, mais sans accidents.

M. Terrillon. A propos de la difficulté qu'on rencontre souvent de savoir si les projectiles ont pénétré dans le crâne et de l'importance qu'il y a de les découvrir à coup sûr, je crois devoir rappeler une observation que j'ai publiée en 1878.

Elle montrera que le stylet est inutile et insuffisant, mais qu'on doit se servir pour aller à la recherche du projectile d'un appareil inoffensif, facile à manier, et qui indique à coup sûr la place occupée par le projectile et sa présence réelle. Il s'agit de l'appareil électrique inventé par M. Trouvé. Cet appareil est constitué par un mandrin explorateur, mais flexible, muni de deux fils qui sortent isolément par l'extrémité. Le contact des deux pointes avec un corps métallique ferme le courant électrique, et fait fonctionner une sonnerie, laquelle indique la présence du corps étranger. On connaît ainsi sa position, sa profondeur et, en comparant sur un crâne analogue à celui du blessé, on a une idée exacte de sa position par rapport au cerveau ou ses enveloppes.

Voici ce fait en résumé :

Un jeune homme se tire un coup de revolver dans l'oreille droite. Le projectile se loge profondément; abolition de l'ouïe en partie et quelques troubles cérébraux passagers.

Après un mois, l'orifice est fistuleux, et des accidents cérébraux menacent.

Un stylet simple, un stylet de Nélaton muni de porcelaine, n'indique en rien la présence de la balle.

Avec l'appareil Trouvé, on constate facilement en comparant sur un crâne de même dimension qu'elle est située à 2 centimètres et demi et par conséquent en contact avec la dure-mère. Certain de son siège, j'enlève une portion du rocher, avec un trépan pour agrandir le trajet. La balle est rencontrée, je l'extrais

axec un levier. Elle était incrustée dans l'os. La guérison fut parfaite après quelques semaines.

Rapport

Sur une communication de M. Paul Reynier, intitulée : « Valeur du signe de Westphal (perte du réflexe rotulien) chez les diabétiques, au point de vue chirurgical »;

Rapport par M. Paul Berger.

Je ne puis mieux faire, pour résumer l'intéressante communication de M. le Dr Paul Reynier, que de reproduire les réflexions qu'il a placées en tête de ce travail :

« Je désire, nous a-t-il dit, attirer l'attention des chirurgiens sur la valeur pronostique d'un symptôme que nous devons aujourd'hui rechercher méthodiquement chez tout diabétique qui se présente à nous. Il s'agit de la présence ou de la disparition des réflexes musculaires et, particulièrement, du réflexe rotulien chez ces malades.

« La disparition de ce réflexe, donnée par Westphal comme un symptôme de l'ataxie locomotrice, a été signalée pour la première fois dans le diabète par M. Bouchard, d'abord dans son cours professé à la Faculté en 1881 sur *les maladies par réaction nerveuse*, puis au Congrès de l'association pour l'avancement des sciences, à Blois, en 1884.

« Des observations confirmatives de celle de M. Bouchard furent successivement publiées par M. Landouzy (dans une leçon faite à la Charité en 1882 et citée dans la thèse d'agrégation de M. Dreyfous en 1884), par M. Ferry de la Bellonne, d'Apt (note communiquée à la Société de médecine de la Vaucluse), par Rosenstein (*Berlin klin. Wochenschrift*, 1885), et tout dernièrement par MM. Marie et Guinon (*Revue de médecine*, juillet 1886); mais tandis que pour M. Bouchard la perte du réflexe se produit à une période avancée de la maladie et que son retour coïncide avec une amélioration, pour Rosentein on ne saurait attacher aucune valeur pronostique à ce symptôme.

« Ayant eu cette année à soigner plusieurs diabétiques atteints d'affections chirurgicales, j'ai recherché avec un grand soin les réflexes tendineux au début et dans le cours de l'affection. Chez quelques-uns, j'ai constaté leur présence; chez les autres leur diminution ou leur disparition. Toutes mes observations sont venues

confirmer ce qu'avait avancé M. Bouchard : tandis que ceux qui avaient conservé leurs réflexes voyaient leurs affections suivre un cours normal ou tout au moins peu inquiétant, chez ceux qui les avaient diminués, des symptômes graves se manifestaient, et chez ceux où les réflexes manquaient, la marche de la maladie qui compliquait le diabète a toujours été fatale.

« Je crois donc pouvoir conclure de mes observations rapprochées de celles de MM. Bouchard, Marie et Guinon, que, si le chirurgien est forcé d'intervenir chez un diabétique, il doit rechercher avec soin ces réflexes et principalement le réflexe rotulien, le plus facile à étudier. L'absence de ce réflexe doit l'empêcher de toucher au malade, à moins d'absolue nécessité, et doit lui faire porter un pronostic grave ; sa présence peut lui donner un peu moins de crainte, tandis qu'en cas de diminution, il doit attendre et porter un pronostic réservé. »

Telles sont les considérations, les conclusions, dirai-je volontiers, que M. Reynier a tirées de ses observations ; malgré la prudente réserve dont il a su les envelopper, vous en comprenez toute l'importance.

Nous connaissons la gravité que peut, éventuellement, présenter une intervention opératoire, fût-elle même de peu d'importance, chez les diabétiques ; les accidents à marche rapide et fatale qui trop souvent sont chez eux la conséquence d'un traumatisme accidentel ou d'une affection chirurgicale. D'autre part, un certain nombre de ces malades peuvent subir les mêmes opérations ou être atteints des mêmes affections sans que les suites des première ou la marche de ces dernières paraisse très sensiblement modifiées par la présence du sucre dans les urines. La raison de ces différences dans la manière dont les diabétiques se comportent en présence d'une affection chirurgicale accidentelle nous a jusqu'à présent échappé, et malheureusement avec elle le moyen nous manque d'établir avec quelque certitude la chance que ces malades peuvent avoir de bénéficier de cette immunité, ou de succomber aux complications auxquelles nous venons de faire allusion.

La constatation d'un phénomène qui pût, au point de vue du pronostic chirurgical, faire reconnaître les bons cas des mauvais serait donc une ressource très précieuse. Pour M. Reynier, ce critérium réside dans la conservation, la diminution ou l'abolition du réflexe rotulien : telle est du moins la donnée qui pour lui se dégage des huit observations qu'il vous a soumises et que nous devons tout d'abord examiner à ce point de vue.

Chez trois des sujets dont il vous rapporte l'histoire, les réflexes étaient normaux :

Chez un quatrième, les réflexes étaient, au début, très diminués mais non totalement disparus. Sous l'influence du régime, le sucre diminua dans l'urine en même temps que les réflexes reparaissaient, et la guérison survint.

Les quatre autres malades avaient complètement perdu le réflexe rotulien. Tous les quatre succombèrent.

Cette petite statistique semble tout d'abord justifier l'opinion que défend M. Reynier ; mais, avant de se prononcer, il est nécessaire d'examiner chacun des faits qu'elle renferme avec quelque attention.

1° *Cas où le réflexe rotulien était conservé.* — Dans ces trois faits, la guérison survint. Les deux premières de ces observations (obs. I et II) ont trait à des malades à qui M. Reynier a fait subir des opérations légères : l'ablation d'un kyste sébacé de la joue dans le premier cas, l'extirpation d'un épithélioma de la lèvre inférieure dans le second. L'anesthésie locale par la cocaïne fut dans celui-ci préférée à l'anesthésie générale, en raison de l'emphysème pulmonaire dont le malade était atteint. L'un et l'autre de ces opérés jouissaient d'ailleurs d'une bonne santé apparente. Le sucre, qui, chez le second, avait atteint autrefois la proportion de 60 grammes par litre, ne dépassait pas la dose de 10 à 15 grammes au moment de l'opération chez l'un comme chez l'autre.

Les suites de l'opération ne furent pourtant pas d'une simplicité absolue. Le malade au kyste sébacé eut un peu de fièvre, de la réaction inflammatoire locale et de la suppuration ; il mit plus de quinze jours à guérir. Chez le sujet à qui M. Reynier avait enlevé le rebord labial inférieur pour un épithélioma, il se fit une désunion partielle, et la cicatrisation ne fut complète qu'au bout d'un mois. Si l'on considère le peu d'importance de l'intervention chirurgicale dans le premier de ces cas ; la facilité, pour le second, avec laquelle s'opèrent d'ordinaire les réunions par première intention à la suite des ablations de tumeurs des lèvres, il est permis de penser que, malgré l'issue favorable de ces opérations, leurs suites se sont ressenties de l'affection constitutionnelle dont les sujets qui les subirent étaient atteints, et de se demander si, malgré la conservation des réflexes rotuliens, une entreprise chirurgicale plus considérable chez les mêmes malades eût eu la même terminaison heureuse.

Le troisième des malades chez lesquels le réflexe rotulien était conservé (obs. VII) n'était atteint que d'un ongle incarné compliqué d'un certain degré d'inflammation de l'orteil développée autour de la suppuration de la rainure unguéale. Agé de 61 ans, il n'avait que $17^{gr},5$ de sucre par litre (40^{gr} en 24 heures). Quoique nous

sachions parfaitement, et les observations suivantes vont nous en donner des exemples, que des lésions d'aussi mince importance peuvent, chez les diabétiques, se compliquer de lymphangites gangréneuses et déterminer la mort, la guérison de ce malade ne surprendra personne. M. Reynier, d'ailleurs, ne lui fit subir aucune opération, et il fit bien : la guérison fut obtenue par les pansements.

2° *Cas où le réflexe rotulien était diminué.* — La sixième observation rentre seule dans cette catégorie : elle concerne un homme âgé de 64 ans, atteint d'un anthrax de la nuque, volumineux, mais non pas énorme (gros comme une orange), chez lequel le parallélisme entre l'accroissement du sucre dans les urines et la disparition des réflexes, la diminution, puis la disparition de la glycosurie. et le retour du phénomène du genou, fut des plus remarquables.

Lors de l'admission de ce malade, les urines renfermaient 145 grammes de sucre en vingt-quatre heures et les réflexes étaient fort diminués. A la suite de l'incision de l'anthrax au thermo-cautère, la proportion du sucre éliminé en vingt-quatre heures s'éleva le 4e jour à 155 grammes, le 6e jour à 180, et les réflexes disparurent presque absolument. Sous l'influence du régime, le sucre des urines tomba à 120 grammes le 9e jour, à 70 le 11e jour, à 50, puis à 15, à 10, et finit par disparaître entièrement le 20e jour, pendant que les réflexes faisaient leur réapparition de plus en plus complète. Le malade guérit et la plaie se cicatrisa en deux mois et demi.

Ce fait, des plus intéressants, pourrait être invoqué pour ou contre la thèse que soutient M. Reynier; car s'il montre que la diminution du sucre et le retour des réflexes sont d'un augure favorable, il fait également voir qu'après l'incision de l'anthrax la proportion de sucre éliminé peut s'élever à des chiffres énormes, et les réflexes peuvent disparaître presque complètement, sans que l'on soit en droit de tirer de ce double phénomène inquiétant un pronostic absolument fatal. Il semble néanmoins autoriser la conclusion sommaire que la conservation partielle des réflexes chez un diabétique, atteint d'une affection chirurgicale, est un présage moins fâcheux que leur disparition complète, telle que nous allons la trouver mentionnée dans les dernières observations.

3° *Cas dans lesquels le réflexe rotulien était aboli.* — Ces quatre derniers cas ont tous suivi une marche fatale.

L'un d'eux (obs. III) concerne un homme de 53 ans, vigoureux, atteint d'une glycosurie très marquée. Il éliminait environ 112 grammes de sucre dans les vingt-quatre heures par ses urines qui en renfermaient 40gr,5 par litre. Ce malade avait été blessé par sa

chaussure quatre mois auparavant, et l'abcès qui s'était formé, malgré deux mois de repos au lit et de régime sévère, se compliqua d'une angioleucite gangréneuse à marche rapide. Malgré le traitement, qui consista dans de larges incisions pratiquées avec le thermo-cautère, l'inflammation des lymphatiques et la suppuration envahirent la totalité du pied, puis la jambe, et le malade, entré à l'hôpital le 22 février, succomba le 5 mars suivant. La quantité de sucre éliminé dans les vingt-quatre heures était tombée de 112 grammes à 55, et néanmoins les réflexes rotuliens n'avaient pas réapparu.

L'observation suivante (obs. IV) a encore trait à une lymphangite gangréneuse développée dans des conditions analogues autour d'une blessure légère qu'un diabétique, âgé de 60 ans, s'était faite en se coupant un cor. Dans ce cas encore, les réflexes étaient abolis ; la glycosurie était notable (60^{gr} de sucre par litre) ; le malade était affaibli et paraissait plus âgé qu'il ne l'était réellement. Malgré les incisions qui furent à plusieurs reprises pratiquées avec le thermo-cautère pour s'opposer à l'extension du mal, les lymphatiques se prirent de proche en proche, la suppuration et la gangrène envahirent de plus en plus, et le malade succomba le 6 janvier, cinq à six semaines après le début de la complication qui s'était déclarée chez lui.

Dans l'observation V, il s'agit d'un phlegmon de la main, développé à la faveur d'une piqûre du pouce, chez une femme de 46 ans, quinze jours avant son entrée à l'hôpital. Le sucre, dans ce cas, ne fut pas dosé. La marche de l'affection fut des plus rapides, puisque la malade succomba moins de deux jours après son admission à l'hôpital. Malheureusement l'autopsie n'indique pas les lésions qui existaient au membre malade ; nous ne savons donc s'il y avait suppuration des gaines tendineuses, des articulations du carpe. Quoi qu'il en soit, la terminaison fatale survint dans une période de temps beaucoup plus courte que celle où l'on voit d'ordinaire les phlegmons des gaines synoviales de la main déterminer la mort, même dans les cas les plus graves.

Enfin l'observation VII rapporte l'histoire d'une dame de 67 ans, atteinte d'une gangrène diabétique du gros orteil, gangrène d'ailleurs à marche lente, qui, déclarée au mois d'août, ne détermina la mort que dans le courant de décembre, par épuisement plutôt que par infection, après avoir transformé en une eschare sèche tout le pied gauche, et envahi en plusieurs endroits le pied droit lui-même. Détail important à noter, le sucre qui, au début, atteignait 105 grammes dans les vingt-quatre heures (46^{gr} par litre), avait disparu des urines sous l'influence du traitement. Néanmoins, le réflexe du genou demeura aboli et la mort survint.

Il paraît donc ressortir des observations que vous a communiquées M. le Dr Reynier, que l'abolition du réflexe rotulien, chez un diabétique, impliquerait, en cas de complication chirurgicale, un pronostic des plus graves ; que la réapparition coïnciderait avec une amélioration et serait de nature à rendre quelque espérance ; que la conservation du phénomène du genou permettrait, d'autre part, d'assigner une issue favorable aux opérations ou aux affections chirurgicales accidentelles qui viendraient à se produire chez des diabétiques.

On pourrait objecter que la constatation du signe de Westphal n'ajoute rien aux notions que peut donner au point de vue du pronostic, la considération de la nature même et de la gravité de la complication. Dans les cas rapportés par M. Reynier où les réflexes étaient conservés, il s'agissait d'opérations ou d'affections légères, qui, même chez des diabétiques, peuvent guérir sans accidents graves, pourvu que rien ne vienne en troubler ou en compliquer la marche. Au contraire, dans tous les cas où les réflexes ont paru aboli, et où la terminaison fatale est survenue, l'on avait eu affaire à une de ces complications du diabète que l'on sait se terminer presque constamment par la mort.

Nous répondrons qu'il est intéressant déjà de constater que les complications chirurgicales graves du diabète paraissent ne se développer que dans ces cas de diabète grave, où, suivant la remarque de M. Bouchard, le réflexe du genou est aboli ; ou que, si ces complications se développent chez un diabétique possédant encore ses réflexes, elles en amènent la disparition. Tous les phlegmons gangréneux ne sont d'ailleurs pas suivis, chez les diabétiques, d'une terminaison fatale ; l'histoire d'un malade que j'ai observé me permettra de l'établir.

Il s'agit d'un homme de 56 ans qui, le 15 mars de cette année, entrait à l'hôpital Tenon avec un énorme phlegmon des fosses ischio-rectales, qui faisait presque le tour de l'anus, s'étendait du coccyx au scrotum, à droite du raphé, et qui s'accompagnait d'un état adynamique grave, auquel se joignait une fièvre des plus intenses (40°5). L'urine renfermait environ 10 grammes de sucre par litre, pas d'albumine. Les réflexes des deux genoux étaient complètement abolis.

L'incision de la tuméfaction phlegmoneuse fut très largement faite au bistouri ; la suppuration et la mortification du tissu cellulaire s'étendaient jusque sous le muscle grand fessier, et il fallut faire des contre ouvertures et passer des drains vers la région sacrée. Sous l'influence de lavages et de pansements antiseptiques répétés tous les jours ou même deux fois par jour, l'état général s'amenda bientôt, et l'énorme perte de substance résultant de l'incision et surtout de la mortification de la peau, malgré le contact presque permanent des

excréments, est aujourd'hui complète à tel point que le malade peut retenir ses matières fécales.

J'ajoute que le réflexe rotulien, souvent recherché, a pu être constaté par M. Tissier, interne du service et par moi, à partir du moment où survint l'amélioration de l'état général ; mais que ce réflexe est très diminué et d'une apparition même fort irrégulière, à tel point que bien qu'il ait été nettement accusé à certains jours, à d'autres explorations il a fait complètement défaut.

Cette observation montre donc bien que les phlegmons diffus, les phlegmons gangréneux même, peuvent guérir chez les diabétiques; elle confirme d'ailleurs les faits rapportés par M. Reynier, en montrant le retour du réflexe rotulien, bien qu'affaibli, coexistant avec l'amélioration de la complication locale et de l'état général du malade.

Dans un autre cas, au contraire, où il m'a été donné d'observer l'abolition complète du réflexe rotulien coïncidant avec le développement d'un anthrax étendu de la nuque chez un homme âgé qui, depuis plusieurs années, était atteint de diabète, les prévisions que j'avais fondées sur la lecture du travail de M. Reynier se réalisèrent, et le malade mourut. L'anthrax, bien que de grandes dimensions, était néanmoins de ceux qui peuvent guérir, même sans intervention chirurgicale. Je n'eus pas recours à l'incision, car bien que les urines ne renfermassent que 20 à 25 grammes de sucre par litre, le malade était fort affaibli, il ne supportait presque pas de nourriture, sa langue était sèche, son abattement très grand, et j'étais convaincu qu'il ne résisterait pas à la perturbation qu'eussent déterminé la douleur, la perte de sang ou l'action du chloroforme.

Ces deux faits viennent donc se joindre aux précédents pour me permettre d'appuyer les conclusions présentées par M. le Dr Reynier. La conservation ou la disparition du réflexe patellaire me paraissent destinées à être d'un précieux secours dans l'appréciation, souvent si difficile, du pronostic des complications chirurgicales intercurrentes chez les diabétiques, et peut-être même dans la détermination des indications opératoires ; car si, chez un malade atteint de diabète, la moindre atteinte peut, en détruisant l'équilibre instable des forces et de la santé générale, conduire à des conséquences qu'il n'est pas possible de prévoir et encore moins d'éviter, si l'on doit limiter en pareil cas l'action chirurgicale aux opérations de la plus stricte nécessité, la réserve et même l'abstention complète s'imposeront davantage encore lorsque l'exploration des phénomènes réflexes aura fait découvrir, dans leur diminution ou leur absence, la preuve d'une déchéance profonde de l'organisme.

C'est à cet état de déchéance de l'économie, état sur lequel le dosage du sucre dans les urines ne donne que des indications très incertaines, que M. Reynier rapporte la disparition du réflexe rotulien; celle-ci ne serait pas d'ailleurs un phénomène uniquement lié à l'existence du diabète ; on l'observerait également dans d'autres affections générales où la nutrition a subi une grave atteinte. M. Reynier rappelle que Julius Schreider (*Deutsch. Archiv f. klin. Med.*, t. XXXV, p. 254), a montré que dans l'alcoolisme chronique, ou à la suite du surmenage, le réflexe patellaire peut disparaître pendant des semaines, des mois, ou même plus longtemps. Martin Bernhardt (*Arch. f. path. Anat.*, t. XLIX, fasc. 3) a signalé sa disparition ou sa diminution dans la diphtérie ; Rosenstein, dans le coma urémique. M. Reynier lui-même a joint à ses observations la relation d'un fait où, chez un alcoolique atteint de cirrhose du foie et atteint d'une lymphangite érysipélateuse, à forme gangréneuse, les réflexes avaient presque totalement disparu ; le malade succomba. Voici le résumé d'un cas analogue, qui est actuellement encore en observation dans mon service, et où la lymphangite gangréneuse était survenue chez un albuminurique.

Il s'agit d'un homme d'une cinquantaine d'années, d'apparence vigoureuse, qui fut admis le 5 juin 1887 à l'hôpital Tenon avec une angioleucite réticulaire diffuse de toute la jambe et du pied gauches, se continuant, au-dessus du genou, avec des traînées d'angioleucite se réunissant en une plaque confluente au niveau du triangle de Scarpa ; il y avait peu de gonflement du membre, ce qui me fit écarter l'idée d'un phlegmon diffus. Cette angioleucite s'était développée autour d'un petit ulcère que le malade portait à la face interne de la jambe ; d'ailleurs, malgré quelque abattement, l'état général ne semblait pas gravement compromis.

Le lendemain, la situation s'était beaucoup aggravée : une large plaque gangréneuse apparaissait sur la face dorsale du pied ; la jambe était œdémateuse et la rougeur remontait au-dessus du genou ; la langue étant sèche, il y avait eu du délire, auquel avait succédé une prostration profonde, et la température atteignait presque 41°. Immédiatement recherché, le réflexe patellaire du côté droit fit complètement défaut : les urines, examinées, ne renfermaient pas de sucre, mais des flots d'albumine.

Le malade fut endormi, et je lui fis, au thermo-cautère, une dizaine d'incisions larges et profondes sur le pied, le cou-de-pied et la jambe, sans qu'aucune goutte de sérosité ou de pus s'en écoulât. Je circonscrivis également la rougeur par un fort badigeonnage de teinture d'iode, fait en cercle autour de la cuisse. Enfin la diète lactée fut prescrite.

Jusqu'au sixième jour, l'état général resta des plus graves, l'état

local ne s'améliora guère ; les badigeonnages iodés, néanmoins, paraissaient avoir arrêté la marche ascendante de l'angioleutce. Ce ne fut qu'à partir du sixième jour que la suppuration commença à se produire ; bientôt les eschares de la peau et celles du tissu cellulaire sous-cutané furent en voie d'élimination ; la température redescendit à la normale, la langue redevint humide ; le délire avait depuis quelques jours disparu, ainsi que la diarrhée tout à fait particulière, verte, aqueuse et fétide, que le malade présentait au début de l'affection. Les urines, le onzième jour, ne renfermaient plus que 50 centigrammes d'albumine par litre, et je constatai, non sans quelque étonnement, que le réflexe patellaire, vainement recherché les jours précédents, avait reparu du côté droit. Aussi, quoique le malade ne soit actuellement pas encore complètement guéri, pouvons-nous, dès à présent, compter sur une terminaison favorable.

Dans ce cas, les variations du réflexe patellaire ont donc obéi aux conditions dont elles relèvent chez les diabétiques. La disparition a coïncidé avec l'apparition d'une complication locale, à forme gangréneuse, accompagnée d'un état général des plus graves ; sa réapparition a été la suite immédiate de l'amélioration locale et de la cessation des phénomènes généraux graves. En outre, de même que chez le diabétique, dont M. Reynier nous a rapporté le cas intéressant dans sa VI[e] observation, la proportion de sucre contenu dans l'urine diminuait en même temps que les réflexes revenaient à leur état normal, chez notre albuminurique, l'albumine, sans disparaître des urines, s'y montrait en quantité bien moindre au moment où le retour du réflexe patellaire confirmait les espérances que la disparition de l'adynamie du début avait fait concevoir.

Si donc, en nous fondant sur un nombre de faits encore assez peu considérable, nous pouvons hasarder une interprétation des phénomènes que nous venons d'exposer, nous ne pouvons trouver de meilleure acception, pour caractériser la valeur séméiologique du signe de Westphal dans les cas qui nous occupent, que celle même qu'en a donnée M. Reynier. Il nous semble légitime d'admettre, avec ce dernier, que l'abolition du réflexe rotulien ou sa diminution est l'indice d'une atteinte profonde de la nutrition qui se traduit localement par une tendance au sphacèle, et sans vouloir étendre à tous les sujets atteints par une dyscrasie quelconque ce que nous avons vu se produire chez les sujets des observations ci-dessus résumées, nous émettrons le vœu que l'intégrité des réflexes soit désormais recherchée chez les individus qui, dans un état de débilitation produit par une maladie générale, ont été atteints d'une complication chirurgicale ou qui doivent supporter les risques d'une opération. La constatation des phénomènes, sur

lesquels M. le Dr Reynier a eu le mérite d'appeler le premier l'attention des chirurgiens, ne sera peut-être, ni sans intérêt, ni sans utilité dans bon nombre de cas où, comme chez les diabétiques, l'on manque d'un élément qui permette de mesurer ce qui reste de orce, dans un organisme atteint par une maladie antérieure, pour résister aux complications à propos desquelles, nous chirurgiens nous sommes appelés à lui donner nos soins.

Discussion.

M. Verneuil. Parmi les faits acquis à la pathologie générale, on peut affirmer qu'un des plus importants est la gravité des opérations chez les diabétiques.

Cependant dans certains cas, malgré nos appréhensions, il est nécessaire de pratiquer ces opérations et de chercher à soulager ces malades.

Or, nous n'avons pas de notions bien précises sur la gravité spéciale de certains cas, et sur la cause qui fait qu'un diabétique court plus de danger qu'un autre après une opération chirurgicale.

Nous pourrions croire que la quantité de sucre trouvée dans l'urine constitue un critérium; malheureusement il n'en est rien et cette quantité n'indique pas toujours un état plus grave et une chance plus grande de voir survenir des accidents.

Si les faits relatés par M. Reynier prouvent bien nettement que l'abolition du réflexe rotulien indique un état grave chez les diabétiques, cette notion rendra un grand service aux chirurgiens. Elle leur donnera une notion exacte de la faiblesse et de la déchéance du malade, ce que l'analyse de l'urine ne peut donner. Car on a vu des malades dont la quantité de sucre était minime, ou même chez lesquels il avait disparu, avoir cependant des accidents.

J'ajouterai que le traitement préparatoire lui-même, glycérine, bromure de potassium, alcalins, ne donne qu'une sécurité trompeuse, car s'il fait diminuer le sucre, il ne diminue pas pour cela la gravité inhérente à l'état général. Peut-être trouvera-t-on dans l'étude des réflexes, un rapport entre leur disparition, leur retour, ou la persistance de leur caractère, et la gravité du diabète surtout au point de vue des indications de l'intervention chirurgicale?

Je le souhaite et l'avenir seul, après une assez longue série d'études sur ce sujet, nous permettra de tenir compte de ce facteur important.

Il en sera de cette maladie générale comme de l'alcoolisme, car nous savons que le delirium tremens, qui tue souvent les opérés, survient chez des alcooliques qui n'ont pas toujours eu des manifestations évidentes avant l'opération.

M. Terrier. Les faits indiqués par M. Reynier sont très intéressants et pourraient, s'ils étaient vérifiés, rendre service à la chirurgie, mais je crois qu'ils peuvent être interprétés différemment; pour ma part je n'accepte pas l'explication de M. Reynier.

Il a vu que les malades diabétiques opérés par lui étaient divisés en deux catégories, les uns avaient un état général grave, avec disparition de leur réflexe rotulien, les autres moins malades avaient conservé ces réflexes. Cela est fort curieux et mérite une grande attention, car cette absence des réflexes serait un signe évident de la déchéance générale des malades.

Mais de là à conclure que ceux-ci suppurent plus facilement que les autres, je ne le crois pas. Il faut tenir compte ici des plaies produites par le chirurgien et que celui-ci peut rendre aseptiques; celles-ci ne suppurent pas plus chez les diabétiques graves que chez les autres.

Les plaies accidentelles, infectées, sont au contraire plus graves, car ici il y a un terrain débilité et favorable au développement des accidents.

M. Berger. J'ajouterai à mon rapport cette notion qui ressort du travail de M. Reynier, c'est que les diabétiques qui ont perdu leurs réflexes, sont plus sensibles aux traumatismes, et quand ils ont des accidents, ceux-ci sont plus graves que chez les autres blessés.

Il y a donc là une notion importante pour le chirurgien et dont il doit toujours tenir compte quand il doit intervenir chez un diabétique.

Communication.

M. Tachard fait une communication intitulée : *Relation sur les conséquences de l'éclatement d'un obus chargé do mélinite, survenu à* Belfort. (M. Chauvel, rapporteur.)

Présentation de pièces.

Kystes hydatiques de l'épiploon et du petit bassin. — Laparotomie, Ablation.

Par le Dr Bouilly.

Je présente une pièce intéressante que j'ai enlevée hier à la Maternité, chez une femme de 36 ans, dont je donnerai plus tard l'histoire complète.

La pièce consiste en une série de kystes hydatiques disséminés entre le feuillet du grand épiploon.

Ces kystes sont au nombre de 12 à 15, gros chacun en moyenne comme un gros œuf de poule; ils sont inclus entre les feuillets de l'épiploon qui leur adhèrent intimement. La plupart de ces kystes ont pu être enlevés en entier en pédiculisant la portion d'épiploon dans laquelle ils étaient inclus.

D'autres kystes du même volume et de volume moindre étaient enclavés dans le cul-de-sac recto-utérin et très bas, jusque dans le cul-de-sac de Douglas. Ils ont été énucléés assez péniblement par arrachement lentement pratiqué.

Quelques-uns de ces kystes se sont crevés pendant l'ablation, mais la poche crevée a pu être facilement enlevée en totalité.

A plusieurs reprises, toute la cavité du petit bassin a été largement lavée à l'eau bouillie, de manière à prévenir l'action nocive du liquide hydatique sur la séreuse.

La malade qui a eu un peu d'abaissement de température et de tendance syncopale après l'opération, pendant la demi-journée, va aussi bien que possible aujourd'hui.

Sa température ce matin était de 37°,2 et le pouls était à 104.

Je compléterai cette histoire en communiquant l'histoire de laparotomies diverses que j'ai récemment pratiquées.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,
TERRILLON.

Séance du 13 juillet 1887.

Présidence de M. LANNELONGUE.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Le cinquième fascicule des *Bulletins et mémoires de la Société;*

3° *Coxalgie suppurée à marche rapide, résection de la hanche, etc.*, par le Dr O. Guelliot ;

4° *Contribution à l'étude du myxœdème consécutif à l'extirpation totale ou partielle du corps thyroïde. Recueil de faits. Des kystes épidermiques des doigts*, par le professeur J. Réverdin (de Genève), associé étranger de la Société ;

5° M. le Président de l'Association française pour l'avancement des sciences, demande à la Société de se faire représenter au Congrès de Toulouse, le 22 septembre prochain ;

6° M. Nepveu demande un congé d'un mois pour raison de santé (Commission des congés) ; M. Marchand s'excuse de ne pouvoir assister à la session pour raison de santé (Commission des congés) ;

7° *Calcul vésical chez une femme ; extraction par la dilatation immédiate progressive de l'urèthre ; guérison sans incontinence d'urine*, par le Dr Cauchois, professeur à l'école de Rouen (Commissaire : M. Pozzi) ;

8° *Hypertrophie congénitale des extrémités inférieures*, par le Dr Dascalathis (de Smyrne), (Commissaire : M. Tillaux) ;

9° *Inversion utérine irréductible ; amputation de l'utérus par la ligature à traction élastique ; guérison*, par le Dr Leprévost, chirurgien de l'hospice général du Havre (Commissaire : M. Tillaux).

Rapport.

Résection orthopédique du maxillaire inférieur.

Rapport par M. Richelot.

Notre collègue Routier, chirurgien des hôpitaux, nous a lu dernièrement une observation de : *pseudarthrose de la mâchoire inférieure guérie par l'union des fragments, à l'aide d'une cheville en os de veau.* Comme j'ai été, pour ma part, l'auteur de cette pseudarthrose, je vous demande la permission de reprendre *ab ovo* l'histoire de la malade.

La première partie, ou plutôt l'ensemble de l'observation, doit porter le titre suivant : *Asymétrie de la face ; mastication impossible ; résection orthopédique du maxillaire inférieur.*

Il s'agit d'une jeune fille de 16 ans, Marie T..., qui entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Lisfranc, n° 16. C'est une fille très nerveuse et qui

a de fréquentes attaques d'hystérie. Elle réclame notre intervention pour une malformation congénitale des mâchoires.

La face est absolument asymétrique. La bosse frontale gauche est proéminente; l'arcade sourcilière gauche est plus élevée et plus saillante que la droite. Le nez est légèrement incurvé, convexité à gauche. La commissure labiale gauche est abaissée; la moitié correspondante du maxillaire inférieur est déjetée en bas et en dehors, et décrit une courbe notablement plus étendue que celle du côté opposé.

Mastication difficile depuis l'enfance, impossible aujourd'hui du côté gauche. Il paraît que la gêne fonctionnelle a beaucoup augmenté avec l'asymétrie faciale, surtout depuis l'âge de 10 ans.

La dernière grosse molaire manque aux deux mâchoires. On a arraché, il y a quelques mois, la deuxième grosse molaire inférieure du côté gauche, qui gênait le rapprochement des maxillaires; mais la première molaire est encore distante de la molaire supérieure correspondante, d'un centimètre environ. L'écartement diminue en avant, de telle sorte que les incisives droites supérieures et inférieures arrivent au contact; il recommence à droite et arrive à trois ou quatre millimètres environ entre les molaires.

Marie T... ne peut se servir du côté gauche de sa mâchoire; à droite, elle ne triture ses aliments que d'une façon très imparfaite, à l'aide d'un appareil prothétique appliqué sur l'arcade dentaire inférieure. Elle est vivement affectée de sa difformité et de sa gêne fonctionnelle, qui entrent sans doute pour une part dans son état nerveux, et dont elle nous demande avec instance de la débarrasser.

Étant donnés l'âge de la malade et l'étendue de la déformation, il m'était impossible de songer à redresser progressivement la courbe du maxillaire à l'aide d'appareils plus ou moins ingénieux. Je pensai donc à faire une *résection orthopédique* du maxillaire, opération dont je ne connais pas d'autre exemple dans les mêmes conditions. Le but de cette résection était d'enlever un segment de la moitié gauche de l'os, de remonter les deux fragments et de les unir par la suture, afin de raccourcir cette partie du maxillaire et d'aplatir sa courbure exagérée.

Opération, le 25 juillet 1886. — Je commence par enlever les deux petites molaires gauches sur le maxillaire inférieur, puis je dénude la partie correspondante du corps de l'os. Comme l'opération est faite par la cavité buccale, afin d'éviter toute cicatrice extérieure, la manœuvre est assez difficile, et je ne puis me servir d'aucune scie. Deux trous sont percés, à l'aide d'un perforateur, en arrière de la canine; deux autres en avant de la grosse molaire; l'os affaibli est sectionné avec une pince de Liston, et le segment qui supportait les deux petites molaires (deux centimètres environ) est enlevé. Suture des deux fragments avec un gros fil d'argent; lavage de la bouche avec l'eau boriquée; bandage en fronde.

Les jours suivants, on continue les lavages boriqués; la malade s'alimente avec un biberon; la fièvre et la douleur sont nulles.

Le 15 août, tout va bien, mais il n'y a pas encore de consolidation.

Les mouvements désordonnés, l'insubordination de l'opérée y sont pour beaucoup.

La première grosse molaire et la canine du maxillaire inférieur sont rapprochées et bien maintenues au même niveau par le fil d'argent. Les fragments s'eugrènent par de petites inégalités que la pince de Liston a respectées sur la section; la coaptation est parfaite. L'arcade dentaire inférieure est un peu en arrière de la supérieure au niveau des incisives.

Le 25 août, la malade accuse quelques douleurs dans la région sous-maxillaire; tuméfaction et rougeur des téguments. Une incision fait sortir quelques gouttes de pus; l'exploration avec le stylet permet de sentir une petite surface osseuse, dénudée sur le bord du maxillaire, au niveau de la suture osseuse. Il reste une fistule suppurant à peine.

Le 18 septembre, les parties sont bien en place et la forme est rétablie d'une manière satisfaisante, mais la consolidation manque toujours il est évident qu'un tissu fibreux unit les fragments. Les attaques d'hystérie, presque quotidiennes avant l'opération, sont devenues plus rares. Marie T... quitte bientôt l'hôpital, après m'avoir promis de revenir.

Deux mois plus tard, j'avais quitté le service de Saint-Antoine, et je priai mon collègue Routier, qui remplaçait M. Nicaise à l'hôpital Laënnec, de recevoir mon opérée pour guérir sa pseudarthrose. C'est ici que commence la seconde partie de l'observation, celle que M. Routier vous a communiquée.

Marie T... fut admise à l'hôpital Laënnec, le 3 décembre 1886. La fistule, consécutive à un petit abcès formé sur le bord inférieur du maxillaire, était fermée. On sentait facilement la mobilité anormale; aucun appareil d'immobilisation n'avait chance de réussir pour une pseudarthrose datant de si loin; M. Routier résolut d'agir directement sur les fragments, et conçut le projet de les réunir avec une cheville d'ivoire. Mais en causant avec M. Collin, notre habile fabricant d'instruments, l'idée surgit de remplacer le bâtonnet d'ivoire par une cheville d'os de veau récemment tué. Notre collègue alla chez le boucher, et y prit un tibia de veau avec lequel M. Collin fit confectionner, séance tenante, trois chevilles de dimensions convenables, qui furent plongées dans le sublimé jusqu'au lendemain matin, jour de l'opération.

Le 13 janvier 1887, incision sur le bord inférieur du maxillaire, mise à nu des deux fragments; profitant de la résistance du tissu fibreux interposé, M. Routier enfonce obliquement un perforateur, qui embroche les fragments en traversant la pseudarthrose. Alors seulement, et laissant le foret en place, il détruit avec la rugine le tissu fibreux et gratte les surfaces, puis remplace le foret par une cheville d'os qui donne une immobilité complète. Suture des parties molles, drainage, pansement antiseptique. La réunion immédiate se fit sans encombre.

Nous avons revu tous deux notre malade le 12 mars 1887. La consolidation est parfaite; l'asymétrie faciale est corrigée dans une large mesure; bien que les rapports entre les deux arcades alvéolaires ne soient

pas anatomiquement parfaits, la gêne fonctionnelle a entièrement disparu. Marie T... mastique ses aliments sans difficulté; elle est enchantée du résultat de l'opération, et n'a plus jamais d'attaques d'hystérie.

M. Routier a terminé sa communication en disant : « Il serait téméraire de vouloir généraliser une pareille méthode; aussi m'en garderai-je bien. Il me suffit d'avoir montré qu'il existe pour la cure des pseudarthroses un moyen de plus que ceux qu'on a déjà employés. » Pour ma part, messieurs, je pense que les fragments du maxillaire inférieur, dans tous les cas où leur union directe paraît indiquée, ne seront jamais mieux immobilisés que par une cheville osseuse, et que ce procédé, surtout chez les malades indociles, est digne d'être choisi à l'avenir; aussi n'hésiterai-je pas à y recourir à la première occasion.

En terminant ce rapport, et en vous priant d'adresser des félicitations à M. Routier pour l'habileté avec laquelle il a su mener à guérison complète une *pseudarthrose du maxillaire inférieur*, dont ma première opération avait été la cause, vous me permettrez d'attirer encore une fois votre attention sur l'ensemble de ce fait clinique, dont je n'ai pas trouvé d'autre exemple, et sur le succès final d'une *résection orthopédique de la mâchoire*, suivie d'une restauration remarquable au point de vue esthétique et d'un rétablissement complet de la fonction.

Discussion.

M. Magitot demande à M. Richelot s'il a cru devoir prendre, avant l'opération, un moulage des deux mâchoires, dans le but d'apprécier d'une façon plus exacte les rapports réciproques des arcades dentaires. Un autre moulage pris aujourd'hui permettrait de mesurer les résultats opératoires et le bénéfice réalisé.

Une autre remarque est relative à la question opératoire elle-même ; M. Magitot demande pourquoi M. Richelot n'a pas songé à essayer, chez un sujet jeune, pour la réduction d'une telle anomalie, les moyens orthopédiques : bandages, appareils compressifs, etc. Il cite à ce propos diverses observations dans lesquelles des anomalies analogues ont pu être réduites par des appareils. Pour le maxillaire supérieur, des cas d'*atrésie* ont pu être guéris par des appareils à ressorts extracteurs appliqués à la voûte palatine. Pour le maxillaire inférieur, un cas de projection en avant, consécutive à une cicatrice de brûlure de la région sous-mentonnière chez un enfant, a pu être sinon guéri du moins amélioré par les mêmes procédés.

Dans une dernière question, M. Magitot demande à M. Richelot si le rétablissement de la sensibilité de la région mentonnière s'est fait rapidement après la résection du maxillaire et si ce rétablissement a été complet. Ce point touche au problème discuté récemment devant la Société sur les réparations nerveuses après résection et sur le retour des fonctions sensitives.

M. Richelot. Il est certain qu'on peut se servir de certains appareils orthopédiques dans le cas de déviation des maxillaires. Ce moyen est bon et donne souvent d'excellents résultats.

Mais dans le cas de M. Routier, la déviation était tellement prononcée qu'aucun appareil ne pouvait être efficace.

Communication.

Sur une variété de kystes para-ovariens et ses rapports avec les kystes de l'ovaire.

Par le Dr Terrillon.

Jusque dans ces dernières années, on considérait les kystes simples et uniloculaires, contenus dans le ligament large et indépendants de l'ovaire, comme ayant une même origine et une même structure. Ordinairement caractérisés par leur liquide limpide, incolore et peu albumineux, ces kystes, décrits sous le nom de *kystes para-ovariens*, semblaient constituer une classe à part.

Par analogie avec d'autres kystes, ou par induction, on admit qu'ils avaient pour origine les débris du corps de Wolff ou organe de Rosenmüller (Verneuil, Follin)[1].

Leur traitement par la simple ponction (Panas, Duplay) avait même été considéré comme le meilleur moyen pour les faire disparaître, et on avait espéré, pendant quelque temps, les guérir par cette simple évacuation du liquide. Cette dernière opinion avait été cependant combattue par plusieurs auteurs étrangers, et surtout par nous-même, dans un travail publié dans le *Bulletin de la Société de Chirurgie*. Nous avions cherché à démontrer, avec des observations concluantes, que ces kystes récidivaient souvent tardivement, mais presque à coup sûr, et devaient par conséquent être traités par la méthode d'ablation radicale.

Malgré ces divergences d'interprétation opératoire, tout semblait assez bien démontré dans l'histoire de cette affection, lorsque

[1] Follin et Verneuil, *Mém. de la Soc. de chir.*, t. IV; 1850.

l'examen histologique des parois et de l'épithélium, l'analyse exacte des liquides contenus, eurent bientôt démontré que, à côté des grands kystes du ligament large, simples et à contenu aqueux, on pouvait rencontrer une autre variété plus compliquée et contenant un liquide plus complexe.

C'est principalement aux travaux de Malassez et de Sinéty que nous devons les notions les plus importantes sur cette nouvelle particularité des kystes para-ovariens.

Ces notions nouvelles se rapportent surtout à la nature de ces kystes, à leur point de départ et à leur traitement, sans oublier leur pronostic ultérieur. Ce sont ces notions principales que j'aurai à développer dans la suite de ce travail.

Celui-ci aura pour point de départ quatre observations personnelles que j'ai pu recueillir parmi les opérations d'ovariotomie que j'ai pratiquées à la Salpêtrière.

J'en donne ici le résumé.

Observation I. — *Kyste para-ovarien inclus en partie dans le ligament large. — Décortication. — Ablation. — Ovaire correspondant sain. — Caractères du liquide fourni par une ponction avant l'opération indiquant un kyste ovarique. — Caractères semblables de la poche. — Guérison.*

Mme M..., âgée de 36 ans, entrée à la Salpêtrière le 21 janvier 1887. — Cette femme, originaire de l'Alsace, n'a jamais été bien réglée. Les règles ont apparu à l'âge de 18 ans. Sa mère est morte de la poitrine.

Cependant, malgré l'irrégularité, elle n'a jamais eu d'arrêt de plus de six semaines.

Mariée il y a trois ans, elle n'a eu ni grossesse, ni fausse couche.

Depuis deux ans, les règles sont douloureuses, et s'accompagnent d'une leucorrhée abondante.

C'est à cette époque qu'elle s'aperçoit de la présence d'une petite tumeur dans le côté gauche du ventre, là où elle souffrait le plus au moment de ses règles.

Cette petite masse se déplaçait assez facilement dans le ventre.

Stationnaire pendant dix-huit mois, ou augmentant lentement, cette grosseur a pris, depuis six à huit mois, un développement plus prononcé.

Elle entre à la Salpêtrière le 21 janvier 1887.

On constate que cette femme maigre, affaiblie, et toussant un peu, porte un kyste situé sur la ligne médiane et remontant jusqu'à l'ombilic.

Il est peu tendu, très fluctuant et semble uniloculaire.

Du côté gauche, on sent une petite tumeur arrondie, non douloureuse, qui existe au niveau de la fosse iliaque.

L'utérus est indépendant, mais refoulé en avant. Derrière lui, à gauche, on sent facilement la tumeur fluctuante.

Pensant qu'il s'agissait là d'un kyste para-ovarien uniloculaire à développement lent; mais voyant cette jeune femme déjà atteinte du côté de la poitrine, je crus qu'il fallait différer l'opération radicale. J'espérais que la ponction, en permettant la respiration plus facile, améliorerait la malade, et, en même temps, si mon diagnostic se vérifiait, qu'on pourrait reculer pendant longtemps l'époque de l'opération radicale ou d'une nouvelle évacuation.

Le 25 février, je fis une ponction capillaire sur la ligne médiane; elle donna 4 litres de liquide de couleur jaune foncé, filant et contenant un peu de cholestérine.

L'apparence de ce liquide me donna des doutes sur la réalité de mon diagnostic, aussi je le fis analyser et voici le résultat obtenu:

Densité	1033	
Matières fixes à 100°	140	grammes.
Sels minéraux	9	—
Chlorure	7	—
Matières albuminoïdes	98	—
Albumineuses	20	—
Paralbumine	25	—

En présence de cette analyse, je conclus à la présence d'un kyste ovarique.

Bientôt la poche se remplit de nouveau, quoique lentement. Mais, en présence de l'état général de la malade, je me décidai à l'opération radicale qui fut pratiquée, le 27 janvier, avec le concours de MM. Monod et Schwartz.

Nous trouvâmes un kyste inclus, par sa base, dans le ligament large gauche; en bas et en avant de lui se trouvait la trompe hypertrophiée se portant du côté gauche. A gauche du kyste, l'ovaire distinct du kyste et séparé de lui par un aileron de ligament large.

C'était lui qui était facilement perçu par la palpation à gauche de la tumeur à travers la paroi abdominale.

Une décortication assez longue permet d'enlever le kyste; la trompe et l'ovaire furent enlevés après ligature. Un lavage à l'eau bouillante permet de nettoyer avec soin le bassin.

La malade guérit bien de son opération. Elle est rentrée chez elle, où elle m'a donné dernièrement de ses nouvelles.

Le liquide, extrait au moment de l'opération (deux litres et demi), présentait le même aspect et la même composition à peu près que celui fourni par la ponction.

L'ovaire enlevé était gros, mais sain et en pleine activité.

Quant à la poche kystique, elle était mince, présentait quelques épaississements, quelques vérucosités bien nettes, à sa surface interne. L'épithélium était polymorphe, et la paroi était fibreuse, composée de deux couches dans les points situés en dehors de la décortication, là où elle était coiffée par le feuillet du ligament large.

Obs. II. — *Kyste paraovarien uniloculaire, inclus dans le ligament large. — Ablation incomplète. — Drainage abdomino-vaginal. — Ovaire correspondant sain. — Caractères de la paroi et du liquide semblables à ceux des kystes de l'ovaire. — Guérison.*

Mme B..., âgée de 22 ans, est mariée depuis deux ans et n'a eu ni enfant, ni fausses couches.

Ordinairement bien réglée, elle s'est aperçue, depuis huit mois, que son ventre augmentait de volume, surtout à droite.

En même temps, elle éprouvait des douleurs dans le bas-ventre, des tiraillements pendant la marche et la station debout.

Des envies plus fréquentes d'uriner l'ont également tourmentée depuis quelques semaines ; enfin elle a légèrement maigri. MM. Beaumetz et Budin, qui virent la malade, constatèrent la présence d'un kyste ovarique. Voici quels étaient les caractères de cette tumeur, le 15 janvier 1886, quand je la vis pour la première fois.

Dans le bas-ventre existait une tumeur arrondie, à convexité supérieure, atteignant l'ombilic, et manifestement inclinée à gauche.

La fluctuation était très nette, le flux facile à sentir. Circonférence abdominale, 70 centimètres.

Par le toucher vaginal, on trouve le col de l'utérus dévié très fortement en avant et à droite. Le cul-de-sac gauche est effacé, et à son niveau proémine nettement une masse fluctuante qui communique avec la masse abdominale. La fluctuation est très manifeste entre les deux mains. L'immobilité de l'utérus, surtout latéralement, et la position de la partie inférieure de la tumeur, par rapport à la paroi vaginale, font penser immédiatement à un kyste inclus dans le ligament large.

Comme la poche semblait unique, il était probable qu'on avait affaire à un kyste para-ovarien. Malgré cela, et convaincu que les kystes para-ovariens ne guérissent pas par les ponctions et qu'il est préférable de les opérer, je proposai l'opération qui fut acceptée.

Opération le 25 janvier 1886, avec le concours de MM. Beaumetz, Monod, Schwartz et Sébileau.

Une incision de 15 à 20 centimètres sur la ligne médiane ouvre l'abdomen.

Aussitôt se présente la trompe très vascularisée et hypertrophiée, couchée à la surface de la tumeur.

A côté d'elle, un trocart enfoncé dans la tumeur donne issue à 4 litres de liquide brun, filant, ordinairement caractéristique des kystes de l'ovaire.

Je constate en même temps que le kyste est dans le ligament large gauche et qu'on trouve l'ovaire intact à sa surface et légèrement pédiculé.

Le kyste est alors largement fendu pour reconnaître son étendue. La poche est unique, mais se prolonge très profondément dans le bassin, contre le vagin. Sa surface est couverte par places de petites végétations assez dures, et formant des plaques irrégulières.

Après avoir coupé le ligament large dans une certaine étendue, j'es-

saie de décortiquer le kyste. Une partie assez minime est ainsi détachée, mais bientôt, malgré mes efforts, il est impossible de détruire l'intimité qui unit la poche au ligament large. Celui-ci se déchire plusieurs fois du côté du péritoine. Après de vains efforts, et malgré mon désir, je me résous à drainer la poche, dans la crainte de produire en insistant des désordres trop graves pour la malade. Au moyen d'un trocart de Chassaignac, je passe un gros drain en anse, qui, traversant le fond du kyste au niveau du cul-de-sac vaginal gauche, ressort en même temps par la vulve et par la plaie abdominale.

Le pourtour de l'ouverture kystique et les lambeaux du ligament large sont soudés à la paroi de l'abdomen, au moyen de douze sutures avec fil d'argent.

L'ovaire droit était sain.

La plaie abdominale et le vagin sont garnis de gaze iodoformée.

L'opération a duré une heure.

Dès le lendemain, on institua des lavages antiseptiques par le tube à drainage qui commençait à fonctionner.

Bientôt s'établit par le tube une suppuration assez abondante qui occasionna de la fièvre et des phénomènes légers de rétention dans la poche, malgré les lavages.

Cependant, le 12 mars, la suppuration ayant diminué beaucoup, et le lavage se faisant facilement, on put le remplacer par un double fil de soie, qui resta en place jusqu'au 26 mars. Le 30 mars, la malade était complètement guérie.

Je fis examiner avec soin le liquide extrait, le morceau de la paroi du kyste qui avait été enlevée et l'ovaire gauche.

L'analyse du liquide, faite par M. Dumouthier, interne du service, donna les résultats suivants :

Densité	1031	
Matières fixes	160	grammes.
Sels minéraux	11	—
Chlorures	7	—
Matières albuminoïdes	118	—
Albumine	23	—
Paralbumine	39	—

La paroi du kyste, mince, présentait à sa surface interne des plaques assez larges de végétations véruqueuses, résistantes sous le doigt, mais peu saillantes.

L'examen pratiqué dans mon laboratoire, à la Salpêtrière, montra qu'elle était composée :

1° A sa surface externe des débris du tissu cellulaire qui l'unissait au ligament large; cette couche ligamenteuse ayant été décortiquée;

2° Une couche fibreuse, mince, plus épaisse par place;

3° Un revêtement épithélial composé de cellules polymorphes, cylindriques, caliciformes, avec cils vibratiles, et disposées par plaees en deux couches;

Enfin, dans les points où existaient ces saillies véruqueuses, on voit

qu'elles sont formées de tissu conjonctif, jeune, et recouvertes de cellules polymorphes.

La paroi de ce kyste, ses cellules et son contenu se rapprochent donc beaucoup de la structure des kystes ovariques proprement dits.

L'ovaire était sain, en pleine activité, avec des follicules de Graaf à différentes périodes d'évolution, sans aucune connexion avec le kyste dont il était éloigné de 2 centimètres au moins.

Outre cette structure étrange pour un kyste, les particularités intéressantes de cette observation qui méritent d'être relevées sont les suivantes :

J'avais laissé une poche encore considérable tapissée par places de verrucosités saillantes, et je connaissais la structure des parois. Aussi je craignais que la guérison ne pût se produire par simple suppuration, comme cela arrive d'ordinaire dans les kystes ovariques même les plus simples, qu'on est obligé de traiter par le drainage. J'appréhendais au moins une récidive ultérieure.

Or, la cavité s'est comblée, et le trajet du drain s'est guéri. Il est vrai que cette guérison n'a été complète qu'après deux mois d'une suppuration abondante. Cette marche est différente de celle des kystes para-ovariens ordinaires qu'on soumet au drainage, car dans deux cas que j'ai traités ainsi, le drain est resté douze jours en place, la suppuration a été faible, et la guérison a été obtenue avant le vingtième jour.

Enfin l'opérée est venue me voir dernièrement, un an et demi après l'opération, et je n'ai constaté ni par le palper abdominal, ni par le toucher vaginal, aucune trace de récidive.

Je me réserve de la surveiller et de savoir si, plus tard, la récidive survenait malgré son absence actuelle.

Obs. III. — *Kyste para-ovarien pédiculé.* — *Ovaire correspondant sain et indépendant.* — *Ablation.* — *Caractères de la paroi et du liquide semblables à ceux des kystes de l'ovaire.* — *Guérison.*

Mme R..., âgée de 56 ans, entre, le 8 octobre 1886, à la Salpêtrière. Cette femme a eu un enfant, il y a trente ans. Elle a toujours été maigre et d'une santé fragile.

Depuis cinq ans, elle s'aperçoit de l'augmentation de volume de son ventre et d'une grosseur située dans la partie inférieure de celui-ci. L'accroissement est continu, sans douleurs, ni accidents. La malade n'est plus réglée depuis une dizaine d'années.

Le ventre est assez développé (89 centimètres de circonférence). On sent facilement une tumeur médiane, à convexité supérieure, très fluctuante et facile à mobiliser. Sonorité dans les deux flancs. L'utérus est indépendant.

La malade est très maigre, très pâle, affaiblie. Elle se plaint un peu

de dysurie, et son cœur présente un souffle au premier temps et à la pointe.

Opération le 30 novembre 1886. — Incision de 15 centimètres. Le kyste, non adhérent à la paroi abdominale, est ponctionné. On retire 5 litres 1/2 de liquide légèrement verdâtre, louche et un peu visqueux.

La poche ainsi vidée est attirée hors de l'abdomen, et on constate que, à côté d'elle, on trouve l'ovaire qui paraît sain, et qu'elle est incluse dans un feuillet du ligament large dont la base effilée forme, avec le ligament rond, un pédicule à la tumeur.

Ce pédicule est coupé, après avoir été lié, avec deux fils de soie. L'ovaire, la trompe utérine sont ensuite enlevés, après avoir été liés.

L'autre ovaire (le droit) est petit et sain.

L'opération a duré quarante minutes.

La plaie abdominale est réunie.

La malade, malgré son état de faiblesse, supporta très bien l'opération, puisque les fils furent enlevés le huitième jour, et bientôt après la malade était complètement guérie.

Ce kyste est uniloculaire à parois minces, mais tapissées par places de petites saillies, dures, peu élevées, disposées en plaques.

L'examen microscopique de la poche, pratiqué par M. Siredey au Laboratoire des hôpitaux, montre qu'il s'agit d'une poche uniloculaire, à parois peu épaisses, dont la surface extérieure est lisse et dont la surface interne est recouverte, surtout par places, d'un grand nombre de végétations très peu saillantes.

L'examen histologique de cette poche montre qu'elle est constituée par une paroi conjonctive, à travées parallèles à la cavité. Cette paroi est tapissée par un épithélium polymorphe, disposé en une ou deux rangées, suivant les points. Les cellules sont cylindriques, mélangées de cellules caliciformes, sans cils vibratiles. On trouve, dans les parois, quelques petits kystes secondaires. Les petites végétations de la surface interne sont constituées par du tissu conjonctif qui passe à l'état myxomateux. Elles sont recouvertes également par un épithélium polymorphe.

L'analyse du liquide qui a été fournie par M. Génévrier, interne en pharmacie à la Salpêtrière, donne les résultats suivants :

Densité	1035	grammes.
Matières fixes à 100°	123	—
Sels minéraux	8	—
Chlorures	5,25	—
Matières albuminoïdes totales	104	—
Albumineuses	19,30	—
Paralbumine	35	—
Hydropisine	non dosée.	

La coloration est presque nulle et le liquide est légèrement filant.

L'ovaire, qui était situé à une certaine distance de la poche kystique, est absolument indépendant d'elle et sain, mais peu volumineux.

Obs. IV. — *Kyste para-ovarien, en partie inclus dans le ligament large. — Ablation. — Ovaire correspondant sain et indépendant. — Caractères du liquide et de la poche semblables à ceux des kystes ovariques. — Guérison.*

Mme B..., âgée de 35 ans, a toujours été bien portante et bien réglée depuis l'âge de 15 ans.

Elle se maria en 1870. Depuis cette époque, elle a fait cinq fausses couches, entre trois mois et quatre mois et demi, la dernière en 1879.

Ces accidents ont altéré légèrement sa santé et ont provoqué plusieurs fois des pertes abondantes.

En 1879, quelque temps après sa dernière fausse couche, elle s'aperçoit que son ventre a augmenté légèrement de volume, mais sans douleur ni symptômes spéciaux.

Quelque temps après, elle consulta un médecin qui lui déclara qu'elle avait une tumeur du bassin du côté gauche, probablement un kyste.

Cette affection parut rester stationnaire pendant quelque temps ; cependant la malade avait toujours la notion d'une tuméfaction notable dans la partie gauche de l'abdomen, empiétant sur la ligne médiane.

Depuis un an environ, la tumeur semble augmenter, envahit la région de la ligne médiane. La malade s'affaiblit, sa nutrition devient insuffisante et elle demande à être débarrassée de cette tumeur.

Elle entre à la Salpêtrière le 13 janvier 1887.

En l'examinant, on trouve au-dessus du pubis une masse fluctuante, arrondie, empiétant sur le côté gauche et dépassant l'ombilic. Le flot est manifeste et la tumeur est peu tendue.

Par le toucher vaginal, on constate que l'utérus est rejeté à droite et un peu immobilisé et on sent dans le cul-de-sac du côté gauche une masse arrondie, fluctuante, qui se continue avec la tumeur abdominale.

En tenant compte de la marche de l'affection, des caractères fournis par la palpation et surtout du prolongement de la tumeur fluctuante dans la base du ligament large et jusqu'à la paroi vaginale, je conclus à la présence d'un kyste para-ovarien, inclus dans le ligament large gauche.

La circonférence abdominale est de 94 centimètres au niveau de l'ombilic.

L'opération est pratiquée le 17 janvier 1887 avec l'assistance de mon ami le Dr Schwartz.

Après avoir ouvert le péritoine, on trouve le kyste sans adhérences. Avec un gros trocart, on extrait cinq litres de liquide citrin, légèrement filant.

En attirant le kyste au dehors, on voit qu'il est coiffé par un feuillet du ligament large et qu'il plonge dans l'épaisseur de ce ligament. A sa surface, se trouve l'ovaire parfaitement mobile et distinct de la trompe.

Après avoir fendu ce feuillet ligamenteux, la décortication est pratiquée, mais elle est difficile à cause de la profondeur à laquelle pénètre la tumeur dans le petit bassin ; cependant le kyste est extrait et

on est obligé de lier plusieurs gros vaisseaux ouverts par la déchirure des adhérences, ce sont des veines.

Les lambeaux du ligament large, épais et très saignants, sont liés avec peine, en plusieurs paquets.

Comme il était tombé dans le bassin une assez grande quantité de sang, on pratique à deux reprises un lavage complet avec de l'eau filtrée et bouillie (8 litres environ).

Suture de l'abdomen avec six fils d'argent.

Les suites de l'opération furent des plus simples.

Il n'y eut ni fièvre ni aucun symptôme saillant, et la malade sortit guérie de la Salpêtrière le vingt-cinquième jour après son opération.

Le liquide extrait fut analysé par M. Génévrier, interne du service. Voici sa composition :

Densité	1021 grammes.
Matières fixes à 100°	109 —
Sels minéraux	12 —
Chlorure	7 —
Matières albuminoïdes totales	67 —
Albumineuses	6 —
Paralbumine	28 —
Hydropisine	non dosée.

Le kyste pesait 250 grammes. Sa paroi était assez épaisse, c'est-à-dire plus épaisse que celle des kystes para-ovariens ordinaires.

La paroi était formée par du tissu conjonctif. L'épithélium était cubique par places, et dans d'autres il était polymorphe. Les cellules caliciformes ou mucoïdes étaient très abondantes.

L'ovaire accolé à la paroi, mais très distinct et non soudé à elle, était sain.

La connaissance de ces faits n'est pas nouvelle et repose déjà sur un certain nombre d'observations qui semblent devoir établir une distinction entre les grands kystes para-ovariens. Comme ces faits ne sont pas très connus et sont épars, j'indiquerai les principaux.

Un des premiers faits publiés est celui du Dr Noggueth[1], qui, chez une femme de 51 ans, ponctionna un de ces kystes du bassin. Il retira 12 litres de liquide épais, coloré, qui contenait beaucoup d'albumine. Croyant, à cause de la nature du liquide, être en présence d'un kyste ovarique, il opéra la malade et fut fort étonné de trouver un kyste dépendant du ligament large, indépendant de l'ovaire et sans pédicule.

Un autre, plus important, appartient à M. Pozzi[2]. Ce kyste con-

[1] *Americ. Journ. of chir.*, 1879, p. 345.

[2] *Gaz. méd.*, 1879, p. 164.

tenait du liquide foncé, filant et avec de la paralbumine. Malgré cela, il était contenu dans le ligament large, sans pédicule et indépendant de l'ovaire. L'examen histologique fut pratiqué par Malassez, qui y trouva les mêmes caractères que ceux des épithéliomas mucoïdes de l'ovaire.

De Sinéty, dans son *Traité de gynécologie* (2e édition), dit que, dans le ligament large, il existe des kystes composés d'une seule poche. Cependant, beaucoup de ces productions, distinctes, uniloculaires au point de vue clinique, c'est-à-dire formées par une grande poche principale, présentent, en certains points de leurs parois, de petites cavités secondaires.

Une observation très nette est aussi empruntée à la thèse de Castadena[1]. Elle appartient à M. Le Dentu. Il s'agissait d'un grand kyste uniloculaire, développé entre les deux feuillets du ligament large, mais pédiculé. L'ovaire était indépendant.

L'examen histologique des parois, pratiqué par M. Mayor (de Genève), montra qu'elles étaient tapissées par des cellules polymorphes, mucoïdes, et des cellules à cils vibratiles. La paroi était fibreuse, mais peu épaisse. Le liquide était filant et coloré, et contenait de la paralbumine.

Tels sont les principaux faits que j'ai pu rencontrer. Il en existe probablement d'autres; mais ceux-là suffiront pour montrer le caractère ordinaire de ces kystes, semblables à ceux que j'ai publiés.

Structure et contenu. — La texture des parois de ces kystes ne semble pas différer beaucoup de la texture des kystes para-ovariques ordinaires.

On trouve d'abord une enveloppe péritonéale ordinairement amincie.

Au-dessous d'elle, une membrane propre plus ou moins adhérente à la précédente, mais ordinairement séparée de celle-ci par une couche mince de tissu lâche et facile à déchirer, qui rend souvent facile la séparation des deux membranes et la décortication de la tumeur.

Cette membrane propre est ordinairement peu épaisse et assez uniforme dans toute son étendue. Elle est lisse et unie à sa face interne, au moins dans la plus grande partie de sa surface.

Mais un premier caractère qui la différencie de la membrane qui limite les kystes para-ovariens les plus simples est la présence de petites verrucosités, de saillies peu accentuées disposées en plaques, ainsi que cela est noté dans deux de mes observations.

[1] *Thèse de Paris*, 1883.

Ces petites élevures sont une dépendance de la membrane limitante, puisqu'elles ont la même structure histologique, constituée par un tissu conjonctif. Elles indiquent cependant que la structure de la paroi est déjà légèrement végétante, et, par conséquent, plus compliquée que celle des kystes tout à fait simples. Elles ont déjà été signalées dans certains kystes du ligament large par Fischel[1] et de Sinéty[2].

Ce dernier auteur a trouvé également dans ces kystes de petites cavités secondaires situées dans l'épaisseur de la paroi, et indiquant déjà la tendance rudimentaire qu'ils ont à se rapprocher de la texture des kystes multiloculaires. Ces petits kystes secondaires ont été trouvés aussi dans mon observation III.

La paroi est ordinairement formée par du tissu conjonctif, et on y trouve quelquefois des fibres musculaires.

L'épithélium qui tapisse la surface interne de la poche est assez semblable à celui qu'on rencontre à la surface des kystes ovariques multiloculaires (épithéliomas mucoïdes).

C'est un épithélioma polymorphe : épithélium cylindrique simple ou à cils vibratiles, épithélium caliciforme, etc...

Le liquide contenu dans ces kystes présente des caractères assez variables ; tantôt transparent et incolore, il est d'autres fois légèrement jaunâtre et verdâtre ou peut-être même d'un brun plus ou moins foncé, comme celui des kystes ovariques proprement dits.

Sa viscosité est variable ; quelquefois nulle, d'autres fois au contraire assez prononcée.

Dans la plupart des cas, il contient une certaine quantité d'albumine unie à une quantité variable de paralbumine, celle-ci est caractérisée par ce fait qu'après précipitation par l'acide nitrique, elle se redissout dans l'acide acétique.

La plupart de ces caractères unis à ceux de l'épithélium qui tapisse la paroi interne montrent donc que ces kystes sont assez analogues à ceux développés dans l'ovaire lui-même et appartiennent comme eux à la classe des épithéliomas mucoïdes.

Rapports de l'ovaire. — Toujours l'ovaire est situé à leur surface, mais il peut présenter avec les kystes des rapports variables. Tantôt il est appliqué contre la paroi de ces derniers, sans lui adhérer, mais il est compris dans le feuillet du ligament large qui recouvre la tumeur. Son volume est normal, et il forme une saillie assez manifeste pour être facilement reconnaissable.

[1] Uber parovarial cyster und parovarial kystom (*Arch. gynæk.*, t. XV, p. 879).
[2] *Ibid.*, p. 866.

Tantôt, au contraire, il est déformé, aplati, formant une saillie à peine sensible, mais sans être adhérent au kyste; il doit cette forme à la compression qu'il a éprouvée par la présence et le développement de ce dernier. Il faut alors le rechercher avec soin pour le reconnaître.

Enfin il peut être presque pédiculé et tellement distinct du kyste qu'il forme une saillie indépendante très facile à voir et à saisir.

Cet organe peut être éloigné de l'utérus au point de n'avoir comme connexion avec cet organe qu'un aileron du ligament large, qui est le ligament de l'ovaire. Cet éloignement est dû à la déformation qu'éprouve le ligament large par le fait du développement d'une tumeur entre ses deux feuillets.

Il n'est pas altéré dans sa structure. S'il est gêné dans son fonctionnement, ce ne peut être que par son éloignement de la trompe qui est étalée à la surface de la tumeur. Celle-ci est ordinairement hypertrophiée et ne conserve plus ses connexions ordinaires avec lui.

Rapports avec le ligament large. — Comme tous les kystes du ligament large, ils peuvent être inclus complètement dans le ligament et recouverts directement par ce repli du péritoine. Dans ce cas, ils occupent tout un côté du petit bassin et présentent des connexions avec le cul-de-sac vaginal, la face postérieure de la vessie, le bord de l'utérus et les parois du bassin.

D'autres fois, ils sont exclus du ligament, toujours coiffés par le péritoine, mais le ligament large leur forme un pédicule plus ou moins étalé au-dessous d'eux.

Enfin ils peuvent être comme d'autres, inclus en partie, et ils présentent un pédicule formé par une partie du ligament large étiré, et les coiffant comme un ballon, est recouvert de son filet.

L'ablation est facile dans les deux derniers cas, difficile dans les premiers, à cause de la décortication souvent difficile, pénible, ou même impossible.

Le pédicule vasculaire n'existe pas ou bien il n'est constitué que par des vaisseaux du ligament large, ceux de l'ovaire et de la trompe.

Origine de ces kystes. — Ces kystes du ligament large à liquide albumineux et paralbumineux, avec épithélium polymorphe, ne diffèrent que très peu par leur structure de ceux plus simples dont le contenu ne contient pas de paralbumine et dont la paroi est mince et fibreuse sans apparence de végétations. Aussi doit-on se demander s'il ne faut pas considérer ces deux variétés de kystes comme ayant une même origine et ne différant que par des carac-

tères peu accentués, mais indiquant une composition de plus en plus compliquée.

Cette opinion, d'après laquelle il n'y aurait pas une différenciation absolue entre ces deux variétés de kystes, a été admise en principe par Malassez et de Sinéty[1]. En effet, ces auteurs confondent dans la même description ces deux espèces de kystes para-ovariens. Pour eux, la différence de composition dans les liquides serait due seulement à la variété de l'épithélium qui prédomine à la surface de ces kystes. Quand celui-ci est simple, cubique, comme cela existe dans les kystes uniloculaires les plus rudimentaires, le liquide est transparent, incolore, peu albumineux et ne contient pas de paralbumine.

Si, au contraire, cet épithélium devient plus compliqué et surtout s'il est polymorphe et contient beaucoup de cellules caliciformes ou mucoïdes, le liquide sera coloré, l'albumine sera plus abondante et enfin il contiendra de la paralbumine sécrétée probablement par ces cellules spéciales.

Ceux-ci seraient les moins fréquents.

Un auteur anglais est plus affirmatif sur ce point. Lawson Tait, dans son *Traité des maladies de l'ovaire* (1886, p. 220, trad. franç.), les considère comme ayant une même origine. Pour lui, l'épithélium se modifierait et subirait invariablement des altérations analogues à celles décrites dans les kystes de l'ovaire proprement dits. Car on y trouve, ajoute-t-il, le même épithélium. Il les considère comme une affection maligne, mais à évolution plus lente.

Ainsi donc, il n'y aurait entre les grands kystes para-ovariens développés dans le ligament large, quelle que soit la nature de leur liquide et la texture de leur paroi, que des différences assez minimes et variables d'une manière insensible d'une variété à l'autre.

Ces kystes seraient des épithéliomas mucoïdes au même titre que ceux développés dans l'ovaire lui-même ; ils n'en différeraient que par une moindre complication dans leurs éléments, une tendance presque nulle ou rare à former des végétations et des kystes secondaires.

Cette dernière proposition nous semble tellement vraie que nous trouvons une observation très curieuse d'Olshausen citée par West et Duncan[2]. Cet auteur a trouvé un kyste para-ovarien (indépendant de l'ovaire) qui proliférait par sa face interne comme un kyste ovarique ordinaire et était « d'un caractère malin ».

On voit donc qu'en rapprochant ce fait et d'autres analogues de

[1] *Traité de gynécologie.*
[2] *Diseases of Women.* London, 1879, p. 501.

ceux dans lesquels on a constaté des végétations rudimentaires comme dans le cas que je rapporte ici, on trouve tous les intermédiaires entre les kystes les plus simples et les plus compliqués. Ces derniers sont toujours beaucoup plus rares.

Il est inutile d'insister sur la portée de cette remarque générale qui montre que tous les kystes développés aux dépens de l'ovaire ou dans son voisinage ne sont que des variétés de la même production primitive.

Par ces détails anatomiques, on comprend combien la variété des liquides due à la vitalité même de l'épithélium de revêtement peut être grande, ces cellules épithéliales étant ordinairement les producteurs des substances contenues dans le liquide.

Ainsi on s'explique comment la ponction simple, dans le cas où le liquide est le moins albumineux, donne une guérison apparente plus ou moins prolongée, mais on comprend aussi pourquoi le liquide se reproduit presque toujours au bout de quelques mois, de quelques années et même 7 ou 8 ans, ainsi que j'ai essayé de le démontrer dans un mémoire lu devant la Société de chirurgie en 1885 [1].

Pendant toute cette période, les kystes ainsi vidés ne se remplissent pas, mais restent à l'état de poche virtuelle; tel est ce cas de Spencer Wells [2] dans lequel un kyste fut vidé une première fois; quelques mois après, la malade vint à mourir accidentellement et l'autopsie démontra qu'il existait dans le ligament large une poche vide, à parois minces, et qui n'était autre chose que le kyste préalablement vidé mais prêt à se remplir de nouveau. D'autres exemples semblables ont été publiés.

Conclusions. — 1° Dans le ligament large, on peut trouver deux variétés de grands kystes para-ovariens (indépendants de l'ovaire).

2° Les uns sont uniloculaires, à parois simples, avec épithélium cubique et contenu incolore, peu albumineux et ne contenant pas de paralbumine.

Ils sont de beaucoup les plus fréquents.

3° Les autres, ordinairement uniloculaires, ont une paroi plus complexe, quelquefois légèrement végétante par places. L'épithélium qui tapisse cette paroi est polymorphe; le contenu, plus ou moins coloré, contient de l'albumine et surtout de la paralbumine. Ceux-ci se rapprochent donc par leur structure des véritables kystes ovariques (épithéliomas mucoïdes).

[1] Du traitement des kystes ovariques; leur récidive après la ponction simple (*Soc. de chir.*, p. 551).

[2] *Traité des maladies de l'ovaire*, traduction française, 1883.

Ils semblent être rares.

4° Malgré la différence apparente due à la structure et au contenu de ces deux variétés de kystes para-ovariens, celle-ci n'est pas assez nettement établie pour qu'on puisse les considérer comme deux variétés distinctes au point de vue de leur origine.

5° Quelques auteurs modernes ne sont pas éloignés d'admettre qu'il s'agit là d'une variété unique, mais présentant des variantes nombreuses, allant depuis le kyste le plus simple, avec contenu semblable à de l'eau, jusqu'aux kystes à parois plus compliquées qui, par leur situation et leur contenu, sont à peu près semblables aux kystes ovariques proprement dits.

6° L'origine de ces kystes serait pour beaucoup d'auteurs, soit les débris du corps de Rosenmüller, soit des morceaux d'ovaire surnuméraires perdus dans le ligament large.

7° Ainsi serait expliquée la reproduction presque fatale du liquide après la ponction; reproduction qui se fait à échéance variable suivant la nature de la paroi et surtout de l'épithélium.

Discussion.

M. Quénu. Je relève plusieurs points dans l'intéressante communication de M. Terrillon; d'abord est-ce parce que dans certains cas il y a un épithélium polymorphe que les kystes para-ovariens récidivent? Je ne le crois pas, la présence d'une seule couche d'épithélium prismatique suffit pour expliquer cette récidive et cela, non seulement dans les cas de kystes para-ovariens, mais dans les kystes du vagin, etc.; et dans les kystes en général. J'arrive au fait de pathogénie et à l'idée de ramener à l'unité tous les kystes ovariques et para-ovariques. Les raisons données ne me semblent pas démonstratives et l'idée d'une dégénérescence d'ovaires surnuméraires me semble hypothétique. D'abord, malgré quelques analogies, ces kystes para-ovariques restent différents des kystes épithéliaux de Waldeyer et MM. Malassez et de Sinéty. Ensuite ne peut-on admettre que les épithéliums des para-ovariens subissent la dégénérescence myxoïde, au même titre que l'épithélium de l'ovaire? Ils ont en somme une parenté d'origine, l'épithélium péritonéal. On retrouve bien cette dégénérescence myxoïde dans des cas de kystes dermoïdes de l'ovaire, témoin les observations de Poupinel et un cas que j'ai observé avec M. Tillaux.

M. Terrillon. Nous savons très bien qu'au point de vue clinique, ces kystes ne se ressemblent pas, au moins dans leurs types extrêmes. J'ai voulu seulement montrer que, entre ces types extrêmes

et absolument dissemblables, il existe des faits intermédiaires qui montrent que l'origine de tous ces cas doit être la même.

Pour ce qui est de la paralbumine, j'ai seulement voulu montrer, une fois de plus, que ce caractère n'est pas absolu pour faire affirmer la nature ovarienne du kyste ; puisque certains liquides peuvent en contenir, même quand ils appartiennent à des kystes para-ovariens situés en dehors de l'ovaire.

Je tiens à insister sur cette particularité, car elle peut servir dans le cas de diagnostic difficile.

Communication.

Kystes hydatiques multiples du grand épiploon et du bassin ; — Laparotomie ; — Guérison [1],

Par M. Bouilly.

La malade, Mme L..., âgée de 30 ans, est entrée à la Maternité le 27 juin, envoyée par le Dr Hutinel. Cette femme n'est malade que depuis un an environ ; dans l'hiver de 1885-86, elle a eu un rhume un peu plus fort que les années précédentes ; en septembre 1886, à la suite d'un refroidissement, elle a craché du sang et aurait expectoré des *peaux* analogues à celles qu'elle a rendues depuis. A ce moment, elle fut soignée comme tuberculose pulmonaire.

En décembre 1886, elle est reprise à nouveau de crachement de sang et de *peaux*, d'une odeur infecte, rappelant celle des œufs pourris ; ces peaux étaient transparentes, d'une couleur de nacre, dit la malade.

En mars 1887, elle entre à la Pitié dans le service du Dr Hutinel. Avant son entrée, elle a rendu des peaux pendant quinze jours consécutifs, et, à son entrée, elle a des hémoptysies continuelles ; elle est amaigrie, fiévreuse et considérée comme atteinte de pneumonie tuberculeuse.

On observe à ce moment une tumeur de l'abdomen qui est prise pour un fibrome.

Ce n'est que plus tard, en avril 1887, que la malade cracha à nouveau des membranes semblables à celles qu'elle avait précédemment rendues et qu'on parvint à établir le diagnostic de kyste hydatique du poumon. D'ailleurs, le 1er mai, le Dr Hutinel fit, à la Pitié, une ponction dans la tumeur abdominale et en retira un liquide clair comme de l'eau de roche, contenant des crochets en quantité considérable. Le diagnostic était assuré.

Ce n'est qu'à partir des premiers jours de juin dernier que la malade a cessé de cracher du sang et de rendre des membranes dans l'expectoration.

[1] Les pièces ont été présentées à la Société le 6 juillet dernier.

État actuel. — La malade est pâle, amaigrie considérablement depuis le début de sa maladie. Son facies est néanmoins assez bon, et les grandes fonctions, ainsi que la menstruation, s'accomplissent assez bien.

L'examen des poumons ne révèle rien d'anormal.

Le foie ne descend qu'à un travers de doigt au-dessous des fausses côtes; au creux épigastrique, on perçoit un bord tranchant qui paraît appartenir au lobe droit du foie.

Le ventre est surtout développé dans sa moitié sous-ombilicale. Dans cette région, existe sur la ligne médiane une saillie assez régulière, comme une vessie distendue par l'urine. Cette tumeur qui remonte jusqu'au niveau de l'ombilic est mate à une percussion superficielle et entourée partout d'une zone de sonorité. A la palpation, elle se montre composée d'une série de tumeurs multiples, grosses environ comme des œufs de dinde ou de poule, les unes fixes, les autres plus ou moins mobiles, s'étendant à droite et à gauche jusque dans les fosses iliaques et descendant en bas derrière le pubis. Parmi ces grosseurs, les unes semblent isolées de la masse principale qui est située à la région hypogastrique; les autres semblent juxtaposées de très près, de manière à former cette masse principale.

Il est difficile de sentir dans chacune de ces masses une vraie fluctuation, à cause de l'absence de plan résistant à leur face postérieure; on y sent une tension et une rénitence bien accusées.

Il n'y a pas d'ascite ni aucune trace de matité dans les flancs, en faisant varier la position de la malade.

La palpation est peu douloureuse; nulle part on ne sent de frémissement hydatique.

Au toucher vaginal, on trouve le col abaissé, refoulé en avant contre le pubis; le cul-de-sac antérieur est libre. En arrière du col, on tombe de suite sur une série de bosselures remplissant et déprimant le cul-de-sac postérieur.

Parmi ces bosselures, l'une est grosse environ comme une petite mandarine, franchement rénitente et fluctuante par le toucher digital; d'autres, moins volumineuses, sont situées à côté et ont le volume de billes ou de noix. Elles paraissent comme situées immédiatement dans la muqueuse vaginale du cul-de-sac postérieur; elles sont fixes en ce point et ne se laissent pas déplacer par la pression du doigt.

Les culs-de-sac latéraux présentent également de ces grosseurs de divers volumes.

Opération, le 5 juillet. — Chloroforme facile, sans incident. Laparatomie médiane, incision de 8 centimètres entre le pubis et l'ombilic.

La main, introduite dans l'abdomen, retire un premier kyste gros comme un œuf et plusieurs analogues; on voit de suite que ces kystes sont inclus dans les feuillets du grand épiploon. Chaque kyste est pédiculisé au moyen d'une pince longue appliquée sur l'épiploon ou de pinces en T. Une série de huit à dix kystes est ainsi pédiculisée après avoir été lentement attirée à l'extérieur. Dans les manœuvres, plu-

sieurs des poches se rompent vidant leur liquide, soit à l'extérieur, soit dans le péritoine. Immédiatement, un ou deux litres d'eau bouillie est injectée avec le laveur dans la cavité péritonéale.

Toute la masse épiploïque, pédiculisée et portant des kystes comme de gros fruits dans un filet, est réséquée aux ciseaux.

Il en résulte un lambeau d'épiploon excisé de 20 centimètres environ, quadrangulaire et farci de tumeurs kystiques.

Deux à trois poches de volume variable sont ensuite enlevées après pédiculisation partielle de l'épiploon auquel elles adhèrent.

D'autres kystes, plus profondément situés, sont adhérents au bord concave de l'intestin grêle et doivent être détachés avec précaution. Une de ces adhérences donne un véritable jet de sang artériel sur lequel on doit mettre une pince et une ligature.

C'est pour ainsi dire la première partie de l'opération ; la seconde consiste à aller chercher les kystes pelviens situés dans le petit bassin et derrière l'utérus. Ces kystes sont sessiles, fortement adhérents au péritoine du petit bassin. Je les énuclée et les isole peu à peu à l'aide des doigts par arrachement, comme dans l'ablation des annexes de l'utérus adhérentes aux parois pelviennes.

Dans ces manœuvres, plusieurs des kystes se rompent; le liquide se répand dans le péritoine et la membrane de l'hydatide affaissée est extraite en totalité. Chaque rupture de kyste est suivie d'un grand lavage à l'eau bouillie.

Ces ablations successives sont laborieuses, mais ne sont abandonnées que lorsque tout le cul-de-sac recto-utérin est bien vidé et quand on ne sent plus nulle part de poche kystique.

L'utérus et les ovaires sont facilement reconnus et explorés.

Dans la portion sus-ombilicale de l'abdomen, vers la région de la rate, le doigt croit reconnaître une bosselure rénitente située vers la rate et y adhérant sans doute; mais dans le doute sur la présence réelle d'une tumeur dans cette région, les recherches ne sont pas continuées. La main ne sent rien dans la région sus-ombilicale sur la ligne médiane.

L'opération est terminée par la ligature à la soie phéniquée des pédicules épiploïques au nombre de 10 à 12 et par un grand lavage de tout l'abdomen à l'eau bouillie et filtrée.

Toutes les manœuvres, sutures et pansement compris, ont duré une heure et dix minutes. Pas de drainage de l'abdomen.

Pansement avec gaze iodoformée, ouate, bandage de flanelle. La malade se réveille facilement.

Dans la journée, elle a un état de collapsus assez inquiétant et sa température s'abaisse jusqu'à 36°,2. A 8 heures et demie, elle remonte à 36°,9; le pouls à 96. Ce fut le seul incident.

Les suites opératoires furent d'une simplicité remarquable; il n'y eut ni vomissement, ni douleurs abdominales. Au troisième jour, la température s'éleva le soir à 37°,8. Maximum de la courbe.

Les règles réapparurent le lendemain de l'opération pendant un jour. Elles n'étaient terminées que depuis quelques jours.

Le 12 juillet, ablation des fils. Réunion complète par première intention. Le ventre est souple et indolent; l'appétit est bon, les garde-robes sont naturelles. Il n'y a eu qu'un seul cathétérisme le jour de l'opération. Il est impossible de croire que cette malade a subi une laparotomie avec des manœuvres intrapéritonéales aussi complexes. La guérison actuelle est absolue.

Je signale à la fin de cette observation les points suivants :

1° La nécessité de traiter ces cas par la laparotomie et de ne pas céder à la tentation d'intervenir par la voie vaginale;

2° L'excellent résultat fourni par l'intervention;

3° L'innocuité de la chute dans le péritoine du liquide hydatique en grande quantité, innocuité due très probablement à l'abondance des lavages et à l'entraînement par ces lavages du liquide nocif;

4° L'absence d'urticaire à la suite de cette effusion de liquide hydatique dans l'abdomen;

5° La nécessité d'observer cette malade dans l'avenir pour voir si elle fait une repullulation d'hydatides, soit dans l'abdomen, soit en tout autre point de l'économie.

Discussion.

M. Tillaux. J'ai enlevé moi-même, il y a douze jours à l'Hôtel-Dieu, des kystes hydatiques multiples du grand épiploon.

Malgré le volume de la tumeur et la difficulté du diagnostic, je pus cependant affirmer sa nature, car j'avais constaté en un point limité un signe caractéristique qui est le *frémissement hydatique.*

Ce signe est rare, et comme beaucoup d'autres j'ai cru pendant longtemps qu'il n'existait pas. Mais il y a quelques années, à l'hôpital de Lariboisière, j'en ai eu un exemple très net, sur un kyste hydatique du foie.

A propos de ce fait, j'ai pu établir une théorie de ce frémissement, laquelle me semble rationnelle et absolument exacte.

Quelques auteurs, et entre autres Davaine, croient que le frémissement tient à la nature du liquide. Cette explication est vague et peu facile à démontrer.

Pour moi, au contraire, la condition absolue du frémissement est la présence des vésicules filles dans la poche mère, mais sans interposition de liquide. Grâce à l'absence de liquide, ces vésicules sont accolées l'une à l'autre, aplaties par pression réciproque et se mettent à trembloter par le fait du choc quand on percute sur la poche.

Chez la malade que j'ai opérée dernièrement, j'ai eu la confirmation de cette théorie, que j'avais déjà vérifiée plusieurs fois.

Parmi les nombreuses poches hydatiques, une seule ne contenait pas de liquide et était remplie de vésicules pressées les unes contre les autres; elle seule donnait le frémissement. Dans les autres poches, il y avait du liquide dans lequel nageaient les vésicules filles, le frémissement ne se produisait pas dans ces dernières.

M. Terrillon. Je rappellerai que, au mois de novembre dernier, j'ai, à propos de ma deuxième série d'ovariotomie, parlé du lavage du péritoine. Cette pratique, en usage en Angleterre principalement, m'a donné depuis deux ans des résultats merveilleux.

Je l'emploie dans toutes les laparotomies, aussitôt qu'une petite quantité de sang et surtout des liquides kystiques ou autres sont tombés dans le péritoine.

C'est l'eau filtrée, bouillie et tiède, qui me sert toujours et j'en emploie souvent de quinze à vingt-cinq litres; je ne cesse que quand l'eau sort limpide et pure.

J'ai remarqué, depuis cet emploi, que la température de mes malades reste peu élevée et égale à la normale après l'opération, alors que, avant d'user de ce moyen, les malades qui étaient le plus rapidement guéries avaient toujours, après l'opération, une élévation de température pendant plusieurs jours. Les opérations d'ovariotomie me donnent actuellement des résultats tellement bons, que je considère que mes malades ne courent actuellement qu'un seul danger, le choc opératoire, dans les opérations trop difficiles ou trop longues surtout chez les malades âgées ou très affaiblies. Depuis deux ans, je n'en ai perdu aucune de péritonite ou de septicémie. J'ai opéré ces jours-ci une malade chez laquelle l'ovariotomie a été très longue, avec épanchement de sang et de liquide kystique dans l'abdomen. Le ventre a été lavé avec 25 litres d'eau et la malade va bien et guérira certainement.

Pour ce qui concerne le frémissement hydatique, j'adopte l'explication de M. Tillaux, qui avait eu l'obligeance de me démontrer ce fait chez un de ses malades il y a quelques années. Je l'ai moi-même vérifié dans les circonstances suivantes :

J'ai enlevé un kyste hydatique du volume de deux poings siégeant à la racine de la cuisse. Avant l'opération, le frémissement hydatique était très net.

Après l'opération, nous avons trouvé une poche mère remplie de dix ou douze poches secondaires, sans liquide intermédiaire et pressées les unes contre les autres. Sur la table d'opération, le frémissement se produisait encore.

Présentation d'instruments.

M. Quénu. J'ai l'honneur de présenter au nom de M. Mariaud un clamp qui est une modification de celui de Segond. Le principe du pincement est le même, le clamp de M. Mariaud me paraît présenter un double avantage :

1° Un nettoyage facile, car l'articulation est un simple crochet qui se démonte aisément ;

2° La suppression du manche.

M. Bouilly. J'ai employé plusieurs fois cet instrument avec succès, il me semble appelé à rendre de grands services.

Présentation de pièces.

M. Brun présente des pièces qui viennent à l'appui de la théorie du bec-de-lièvre admise par Albrecht et défendue par A. Broca.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,
Terrillon.

Séance du 20 juillet 1887.

Présidence de M. Lannelongue.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une note de M. Folet, professeur à Lille, sur : *Les plaies pénétrantes du crâne par armes à feu* (suit la note) ;

3° *Projet d'organisation de l'hygiène publique en France*, et *Du traitement des kystes hydatiques du foie par l'électrolyse capillaire*, par le Dr Henrot (de Reims);

4° *Considérations sur les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal et corps étranger de l'oreille ayant provoqué une otite externe diffuse*, par M. le Dr Naquet;

5° M. Polaillon s'excuse de ne pouvoir assister à la séance;

6° *Contribution à l'étude des corps étrangers de la face*, par le Dr Béranger-Féraud, membre correspondant;

7° *Explication expérimentale de l'immunité aprosophtalmique des grains de plomb*, par le Dr E. Rolland (de Mont-de-Marsan) (Commissaire : M. Delens).

Présentation d'instrument.

Drain-laveur du Dr Sévastopoulo (de Constantinople).

M. le professeur Trélat présente à la Société cet instrument destiné à faciliter les injections antiseptiques dans les suites des couches, surtout à la campagne. Il se compose d'un double drain rigide en métal, ayant la forme d'un anneau allongé, étranglé sur un point de sa circonférence. Ces drains pivotant sur leur axe peuvent s'accoler et se séparer à volonté, formant une tige unique pour l'introduction, double dans la cavité utérine. Le retour des liquides est assuré par l'élargissement du col utérin.

De plus, on peut laisser le drain en place, suspendu par un tube de caoutchouc, dans l'intervalle des lavages. Cet instrument peut, en le modifiant, s'appliquer au lavage des autres cavités.

Élection d'un membre titulaire.

Nombre des votants : 26. — Majorité : 14.

Ont obtenu :

MM.	Nélaton	22 voix.
	Reynier	3 —
	Routier	1 —

M. Nélaton est élu membre titulaire.

Communication.

Note sur les plaies pénétrantes du crâne, par armes à feu,

Par le Dr H. Folet (de Lille),
Membre correspondant de la Société de chirurgie.

De tous les côtés, depuis que la discussion s'est ouverte sur ce sujet, on a cité des faits nombreux de pénétration et de séjour de projectiles dans le crâne, sans qu'il en soit résulté rien de bien fâcheux pour la santé ni même pour les fonctions cérébrales. Il paraît véritablement être moins grave de recevoir une balle dans le crâne que dans le ventre. Voici encore deux cas très démonstratifs que je relaterai brièvement. Ils prouvent de plus que, suivant une opinion que l'on a reprochée à M. Peyrot, les explorations de la plaie ne seraient pas bien nocives, au moins quand elles sont faites, selon la juste remarque de mon excellent maître, M. Verneuil, dans les quelques heures qui suivent le traumatisme.

Le 17 juin 1884, est apporté dans le service de la clinique chirurgicale de Saint-Sauveur, un mari jaloux qui, après avoir tenté de tuer sa femme d'un coup de revolver, s'est tiré une balle dans la tête. Plaie de la peau à la partie la plus élevée de la fosse temporale. Comme le blessé ne se plaint que d'un peu de douleur, sans commotion cérébrale, je me dis qu'il n'y a sans doute pas eu pénétration et que je vais trouver le crâne intact. Dans l'espoir de faire cette constatation favorable, j'introduis un stylet, soigneusement flambé, lequel pénètre tout seul, sans le moindre effort, perpendiculairement à la surface du crâne jusqu'à une profondeur de 8 centimètres. Là je suis arrêté non par la balle, mais par une résistance élastique comme si j'eusse touché la peau d'un tambour bien tendu. L'introduction du stylet suivant une direction et à une profondeur identiques dans un trou fait à un crâne sec me montre que je devais arriver sur la face latérale de la partie antérieure de la faux du cerveau, au-dessus de l'apophyse crista-galli. Pansement antiseptique à l'iodoforme. Pendant les quarante jours qu'il reste dans mes salles, le blessé ne présente d'autres symptômes cérébraux qu'une céphalalgie décroissante. Les premiers jours, il avait seulement des douleurs en remuant la mâchoire inférieure, à cause de la déchirure des fibres du muscle temporal. Il sortit le 10 juillet, passa en cour d'assises, où il fut naturellement acquitté; et depuis cette époque jusqu'au milieu de l'année 1886, dernière date où j'ai eu de ses nouvelles, il se porta fort bien.

Il y a dix ans, j'ai vu, dans le service de mon regretté collègue Parise, un jeune homme de 22 ans qui s'était tiré un coup de

revolver à la partie antérieure de la fosse temporale, immédiatement au-dessus de l'apophyse zygomatique. Le premier médecin appelé avait sondé la plaie avec un stylet de trousse. M. Parise répéta peu de temps après cette exploration avec un stylet de 12 centimètres. Comme il ne pouvait atteindre le fond du trajet, il arma le stylet sur une pince à verrou et introduisit tout le stylet, plus 3 ou 4 centimètres de pince. La pénétration se fit avec la plus grande facilité. La direction du trajet était transversale, avec légère obliquité en bas et en arrière. Cette direction fit supposer que le projectile, après avoir traversé le cerveau, s'était arrêté sur le rocher du côté opposé ; mais l'instrument explorateur n'avait touché ni l'os ni le projectile. Les suites de cette blessure furent fort simples. Aucun symptôme d'encéphalite. La plaie ne donna pas issue à de la matière cérébrale et marcha régulièrement vers la cicatrisation. Le blessé garda toujours son intelligence intacte. Une fois guéri, au bout d'un mois et demi, il s'embarqua pour l'Amérique. Dix-huit mois plus tard, il revint à Lille et nous fit visite à l'hôpital Saint-Sauveur. Il nous raconta qu'il était entré là-bas dans une grande maison de commerce où il gagnait pas mal d'argent. Il était en possession de toute son intelligence et ne s'était en rien ressenti de sa blessure.

Que conclure de tout cela ? Assurément que l'exploration intracranienne pratiquée tout à fait au début, faite prudemment et surtout aidée d'une rigoureuse antisepsie, n'ajoute pas beaucoup à la gravité de la blessure et pourrait parfois indiquer l'extraction du projectile par trépanation immédiate. Mais faut-il exposer le blessé aux risques mêmes minimes d'une telle exploration, alors que, dans la plupart des cas, elle n'éclairera en rien le chirurgien sur la situation de la balle et que d'ailleurs nous connaissons la tolérance relative du crâne pour les projectiles ? D'autre part, cette tolérance n'est pas une garantie d'innocuité absolue. Une balle dans le crâne expose toujours à des accidents immédiats et à des accidents tardifs ; et, somme toute, il serait à souhaiter que l'on pût l'extraire le plus vite possible. Il y a donc du pour et du contre ; et il est malaisé de tracer une règle de conduite uniforme et absolue. Mais je crois que dans la majorité des cas il est plus prudent de s'abstenir.

Discussion sur les corps étrangers du cerveau.

M. Reclus. Pour donner suite à la discussion actuelle sur la pénétration des corps étrangers et surtout des balles dans le crâne' je désire rappeler l'histoire suivante d'une de mes malades.

J'ai vu, avec M. Joffroy, une malade qui s'est tiré, il y a neuf jours, une balle de revolver dans le conduit auditif. J'empêchai un médecin appelé auprès de la malade d'explorer la plaie avec une longue aiguille en acier.

Les symptômes de la fracture de la base du crâne étaient très nets : écoulement permanent de sérosité par l'oreille; exophthalmie; paralysie faciale; déglutition difficile.

Je fis un pansement dans l'oreille avec la gaze iodoformée et j'instituai un lavage avec des liquides antiseptiques.

Malgré cela, il y eut un peu de suppuration; alors j'ai fait laver l'oreille plus souvent au moyen d'un compte-gouttes spécial.

Il n'y a jusqu'à ce jour aucune complication, et j'espère que les accidents méningitiques sont écartés. Il est rare, en effet, que ceux-ci se développent après neuf jours écoulés.

Je donne cependant ce pronostic heureux avec prudence, car je me rappelle une malade que j'ai observée dans le service de M. Trélat et qui n'eut des phénomènes méningitiques graves que vers le septième jour.

Rapport.

Ulcération de l'artère poplitée contenue dans un foyer purulent. — Hémorrhagie. — Mort. — Observation, par le Dr Larabrie (de Nantes).

Rapport par M. Ch. Monod.

Le Dr Larabrie (de Nantes) nous a adressé une observation, dont voici le titre : *Ostéomyélite chronique du fémur; séquestre dans le foyer ostéopathique; ulcération de l'artère poplitée et d'une branche collatérale; hémorrhagies; mort.*

Il s'agit d'un homme de 28 ans, atteint à l'âge de 13 ans d'une ostéomyélite aiguë de l'extrémité inférieure du fémur, qui passe à l'état chronique, et laisse après elle des fistules. Quinze années s'écoulent, au milieu d'alternatives diverses; le malade avait pu reprendre ses occupations, et supportait assez bien son infirmité, lorsqu'un jour se produit, par un orifice fistuleux siégeant au creux poplité, une hémorrhagie qui s'ouvre d'elle-même. L'accident se reproduit à trois reprises dans l'espace d'un mois. Ce n'est qu'à la suite de la dernière crise que cet homme se décide à entrer à l'hôpital.

Le jour même, l'hémorrhagie reparut une cinquième fois, malgré un pansement compressif régulièrement appliqué. Elle était manifestement artérielle.

L'état général était grave, prostration, pâleur des téguments, pouls petit, fièvre vive. Une intervention active et prompte s'imposait.

M. Larabrie, en raison du mauvais état de la circulation dans l'extrémité inférieure du membre (jambe froide, coloration foncée de la peau, phlyctènes disséminées) ne crut pas pouvoir pratiquer la ligature de la fémorale, et se décida, après avoir pris l'avis de ses collègues, à faire l'amputation de la cuisse.

Le soir même de l'opération, le malade succombait.

La dissection du membre amputé montra que la poplitée traversait un foyer purulent, dans lequel on découvrit, flottant, absolument libre, un séquestre mince, mais à bords irréguliers, hérissés de saillies très aiguës.

L'artère poplitée présentait sur la paroi antérieure, à trois centimètres au-dessous de l'anneau du troisième adducteur, une ulcération à bords déchiquetés, mesurant 5 à 6 millimètres dans son plus grand diamètre, qui était transversal. Une seconde artère, parallèle à la poplitée, plus petite qu'elle, atteignant environ le calibre de la radiale, dont on ne put exactement déterminer la provenance, présentait, elle aussi, une ulcération d'une étendue relativement plus grande que celle de la poplitée.

M. Larabrie, à propos de ce fait, rappelle que je vous ai lu, en 1882, une note assez étendue sur la perforation des artères au contact des foyers purulents, reposant sur l'analyse de 88 observations.

Depuis lors, quatre nouveaux faits, y compris celui de M. Larabrie, vous ont été signalés (Bertin (de Gray) [1], Terrillon [2], Gillette [3], Larabrie).

Un cinquième a été communiqué, de la part de M. Bouilly, à la Société anatomique [4]. J'en trouve enfin un sixième, appartenant à M. Th. Anger, dans une thèse soutenue sur ce sujet, en 1884, par M. Flous [5].

Ces observations nouvelles sont-elles de nature à jeter quelque lumière sur la question controversée, vous le savez, de la pathogénie de ces ruptures vasculaires?

J'avais montré que, dans certains cas, celle-ci paraît avoir été manifestement provoquée par la pression d'un corps étranger (drain, séquestre); que, dans certains autres, la perforation semblait s'être

[1] Bertin (de Gray), *Bull. et mém. de la Société de chirurgie*, 1882, t. VIII, p. 754 (Rapport oral par M. Monod).

[2] Terrillon, *Ibid.*, 1884, t. X.

[3] Gillette, *Ibid.*, 1884, t. X.

[4] Bouilly, *Bull. de la Société anatomique*, séance du 24 octobre 1884, 4e série, t. IX. (Observation par M. Argez.)

[5] Flous, De l'ulcération des artères au contact du pus (*Thèse de Paris*, 1884, no 262).

faite spontanément, en dehors de toute cause extérieure ou traumatique.

La lecture des observations, dont je viens de citer les auteurs, me confirme dans la pensée que cette sorte d'ulcération spontanée des artères est plus fréquente qu'on ne le croit communément. Elle serait sous la dépendance d'ulcérations survenant dans l'épaisseur des parois du vaisseau, lorsqu'il a été pendant longtemps plongé dans un foyer purulent.

J'avais émis l'hypothèse que, sous l'influence de l'inflammation qui frappait en pareil cas la paroi artérielle, la tunique moyenne pourrait disparaître, d'où résulterait un affaiblissement de l'artère; celle-ci, se laissant dilater, finirait par céder en un point.

L'observation de M. Bouilly vient absolument à l'appui de cette manière de voir. On constata, en effet, à l'examen de la pièce, « qu'il existait, au niveau de la partie supérieure de l'artère poplitée, une dilatation anévrysmale, du volume d'un haricot environ, dilatation au point culminant de laquelle on note l'existence d'une perforation qui laisse pénétrer avec peine une tête d'épingle. »

Pour ma part, je suis porté à croire que, si même on trouve dans le foyer, comme dans le cas de M. Larabrie, un séquestre flottant, qui, par sa présence, a pu faciliter la perforation, celle-ci doit réellement être rapportée à l'altération spontanée de la paroi artérielle, le corps étranger n'ayant agi que comme cause déterminante.

Tel est, au reste, le sentiment de M. Larabrie, qui, dans les remarques dont il fait suivre son observation, arrive à une conclusion semblable.

Je vous propose, Messieurs, d'adresser nos remerciements à M. Larabrie et de déposer honorablement son observation dans nos archives.

Discussion.

M. Verneuil. Je pourrai ajouter un cas aux observations de M. Monod. Il s'agit d'une petite fille, opérée dans mon service, pour des fistules consécutives à une ostéoarthrite du cou-de-pied.

Au moment du premier pansement, il se produisit une hémorrhagie qui fut arrêtée facilement.

Mais au second pansement, je vis deux jets de sang artériel indiquant une ouverture de l'artère.

La plaie fut rapidement agrandie et je posai une double ligature sur l'artère tibiale postérieure.

Le tronçon artériel, compris entre les deux ligatures, était le siège d'une ulcération manifestement tuberculeuse.

M. Lannelongue. M. Monod a produit en effet un relevé considérable d'ulcérations artérielles, mais il n'a pas pris soin de distinguer les groupes d'abcès dont la nature est différente. Il faut, en effet, considérer à part les abcès tuberculeux ou froids. Les ulcérations artérielles consécutives sont ici assez fréquentes, et le mécanisme en est simple. En effet, les abcès sont de véritables tumeurs dont l'accroissement n'a lieu que par la périphérie, c'est-à-dire par le développement de la membrane tuberculogène. Cette membrane, arrivant sur une artère, se comporte à l'égard de ce vaisseau comme à l'égard des autres organes; elle l'envahit et la transforme en tissu embryonnaire jusqu'à l'ulcération, c'est-à-dire jusqu'au moment où la membrane interne n'offre plus une résistance suffisante. Ce mécanisme est commun et un assez grand nombre d'ulcérations de la fémorale, des carotides, des artères de moyen calibre, de l'aorte même, sont ulcérées par des abcès froids, par des adénites tuberculeuses, etc.

Dans un autre groupe de faits, dans les ostéomyélites anciennes, par exemple, je crois que le plus souvent les artères sont ouvertes par un séquestre, par une pointe osseuse, par un os hyperostosé, sur lequel une artère vient s'ulcérer progressivement d'une façon mécanique, pour ainsi dire, ou tout au moins à la suite d'une artérite circonscrite de cause traumatique.

Il reste une troisième catégorie de faits dans lesquels les artères baignent dans un abcès phlegmoneux. Or ici, en général, les artères résistent, et depuis longtemps Nélaton en a fait la remarque. Cependant, dans quelques cas, il y a eu des ulcérations consécutives à certaines suppurations; ce sont principalement les suppurations malignes où l'infection paraît certaine. Il semble alors que le pus ait des propriétés virulentes assez fortes; on remarque ces ulcérations des vaisseaux dans les abcès qui surviennent à la suite de la scarlatine ou des fièvres graves.

M. Trélat. J'ai le sentiment que les paroles de M. Lannelongue sont parfaitement exactes. J'ai conservé le souvenir d'une femme, dans le service de Roux, qui mourut d'une ulcération tuberculeuse de la carotide externe.

J'ai vu un malade mourir aussi d'hémorrhagie par ulcération de la tibiale postérieure.

Les autres causes peuvent agir, un séquestre par exemple, mais il faudrait attendre que la preuve en fût incontestablement établie.

Il faut séparer les ulcérations artérielles tuberculeuses de toutes les autres ulcérations.

Mais on n'a pas encore élucidé l'action du pus.

M. Monod. M. Lannelongue n'a pas peut-être tenu compte de la longue durée dans le cas de M. Larabrie (quinze ans).

Je reconnais que pour les ulcérations tuberculeuses il n'y a encore que des hypothèses.

M. Le Dentu. J'ai étudié autrefois ces différents mécanismes. Dans certains cas, l'action du séquestre est incontestable de même l'ulcération tuberculeuse; mais il y a des faits qui ne rentrent pas dans ces catégories.

Il me paraît difficile de ne pas admettre les faits d'artérite dans les abcès chauds, au moins *après les fièvres graves*.

Il s'agit d'une forme particulière d'artérite se rattachant à l'infection.

M. Lannelongue. Je connais ces faits; il y en a de consécutifs à la scarlatine, par exemple, dans les bubons scarlatineux qui succèdent à cette maladie.

Présentation de malade.

Résection de l'astragale,

Par M. Verneuil.

Petite fille ayant subi l'extirpation de l'astragale. L'articulation tibio-tarsienne était volumineuse. L'astragale put être extirpé en entier d'un seul morceau. Je fis un nettoyage de la cavité, un pansement à l'iodoforme et l'immobilisation.

L'enfant marche avec un soulier ordinaire et un peu de varus que corrige facilement un appareil.

J'ai fait l'extirpation de l'astragale dans des conditions variées, et je donnerai ultérieurement le détail de ces faits.

Discussion.

M. Trélat. J'ai fait de nombreuses leçons pour réclamer la possibilité d'envoyer ces malades aux eaux ou au bord de la mer, afin de terminer la guérison des affections tuberculeuses : c'est ce que j'appellerai volontiers le *traitement post-opératoire*. Mais jusqu'à présent je n'ai pu obtenir que très peu de résultat à ce point de vue.

M. Lucas-Championnière. Je suis de l'avis de M. Trélat. Mais les

résections tibio-tarsiennes sont celles qui guérissent le plus difficilement.

Je crois, d'après les faits que j'ai observés, qu'il y aurait peut-être eu à intervenir plus complètement et faire une opération plus large, par exemple agir sur le péroné et aussi sur le plateau du tibia.

Les résections partielles m'ont donné de mauvais résultats.

M. Verneuil. Le varus, chez ma malade, est dû à une cause inévitable : aux fusées inflammatoires qui se sont faites dans les gaines avant l'opération.

Rapport.

M. Monod présente une observation de M. Jobard (de Wassy), intitulée : *Taille hypogastrique chez un homme de vingt ans ; guérison rapide sans qu'une sonde à demeure soit restée dans le canal de l'urèthre.*

Il signale l'intérêt de ce fait. M. Jobard dans ce cas et dans un autre analogue, après avoir retiré au neuvième jour le double tube qui sert ordinairement à assurer l'écoulement de l'urine par la plaie abdominale, dut retirer de l'urèthre la sonde à demeure introduite et qui ne pouvait être supportée.

M. Jobard ne suppose pas sans doute que cette pratique doive être généralisée, mais il est intéressant de savoir que, si la sonde à demeure n'est pas supportée, la guérison peut quelquefois cependant survenir sans encombre.

Présentation de pièces.

Tumeur fibro-kystique de l'utérus; variété spéciale (myomes lymphangiectodes).

M. Pozzi présente une pièce qu'il a enlevée ce matin par l'hystérectomie abdominale. Il s'agit d'une très grosse tumeur de l'utérus, dépassant le volume d'une tête d'adulte. Elle est formée par l'hypertrophie considérable des parois utérines et par une tumeur mixte à la fois fibreuse et liquide. A la coupe, on trouve entre la muqueuse de l'utérus hypertrophié et la musculeuse, une grande cavité remplie de vésicules gélatineuses ressemblant au corps vitré, qui font hernie et se crèvent au moment où on incise la tumeur. En quelques heures, elles se sont toutes crevées en donnant issue

à un liquide visqueux, fibrineux, qui se prend en masse. Actuellement, il ne reste plus qu'une série de lacunes contenant un stroma filamenteux cloisonnant une grande cavité où proéminent plusieurs corps fibreux pédiculés.

Quelle est la nature de cette tumeur ? L'examen microscopique a été rendu impossible par la rapide altération de la pièce. Cette altération est maintenant si avancée que j'ai même hésité à vous la présenter. Telle qu'elle est actuellement, elle ne donne aucune idée de son aspect singulier et véritablement exceptionnel à l'état frais. Toutefois, la rareté relative de ces altérations m'engage à la mettre sous vos yeux. Il s'agit très vraisemblablement d'une variété spéciale de tumeur fibro-kystique, d'origine lymphangiectasique (*myome lymphangiectodes*). Est-ce le premier degré de certains grands kystes créés par une hémorrhagie dans de pareilles cavités ? Est-ce une variété stationnaire ? Quoi qu'il en soit, elle donnait lieu chez ma malade à des accidents hémorrhagiques formidables qui ont nécessité l'intervention.

J'ajoute, au point de vue clinique, que la tumeur était fluctuante, mais que le diagnostic du *corps fibreux de l'utérus* avait cependant pu être fait à cause de la situation de la tumeur et de ses connexions, ainsi que grâce au cathétérisme utérin qui avait montré une énorme dilatation de la cavité.

Discussion.

M. Quénu. Ces cas ne sont pas très rares. J'ai opéré, dans le service de M. Terrier, un fait analogue.

M. Lucas-Championnière. J'ai opéré une femme, atteinte de tumeur fibreuse, qui avait subi cette dégénérescence kystique et avait été prise pour une tumeur liquide. La malade guérit bien. Les grossesses répétées semblent prédisposer à cette forme.

M. Terrier. Il existe de ces fibromes non énucléables. M. Quénu n'a pu enlever qu'une partie du fibrome. J'ai eu à réopérer la malade ; elle est sortie, mais, sans doute, elle reviendra encore avec une récidive.

M. Pozzi. Ces faits, en effet, ne sont pas très rares, mais je n'ai pas encore vu des grains kystiques aussi nombreux que sur cette pièce.

M. Terrier. Je ne suis pas certain que ces tumeurs soient des tumeurs fibro-kystiques ; c'est une sorte d'infiltration œdémateuse des tissus.

M. Quénu. Il n'est pas démontré que ces petits kystes soient le premier degré des grands kystes. Chez la malade que j'ai opérée, au moment de la récidive, les kystes avaient les mêmes caractères et les mêmes dimensions.

Présentation de malade.

Opération d'Estlander datant de vingt-deux mois. — Guérison complète,

Par M. Bouilly.

Un heureux hasard me permet de présenter aujourd'hui à la Société un malade à qui j'ai pratiqué, le 25 septembre 1885, l'opération d'Estlander. Ce malade a été déjà présenté guéri à la Société, le 25 novembre 1885, par M. Phocas, interne de service. Mais il est intéressant de constater aujourd'hui la déformation et l'aspect du thorax, près de deux ans après l'opération.

En outre, nos *Bulletins* ne mentionnent que la présentation du malade sans aucun autre détail. Je complète aujourd'hui en quelques mots cette histoire.

Le malade est maintenant âgé de 23 ans, et en avait donc 21 au moment de l'intervention.

Il fut pris d'une pleurésie gauche en 1883, pleurésie qui suppura rapidement, s'ouvrit dans les bronches et donna lieu à une vomique, puis se compliqua à la fin de 1884 d'une ouverture spontanée à la peau, vers le bord gauche du sternum, dans le troisième espace intercostal gauche.

Ce malade entra à l'Hôtel-Dieu au commencement de septembre 1885, dans le service de M. Tillaux que je remplaçais. Il était dans l'état le plus misérable qu'on puisse concevoir, tourmenté par des quintes de toux continuelles, rendant du pus fétide en quantité énorme, à la fois par la bronche et par sa fistule pleuro-cutanée, miné par la fièvre hectique, ayant absolument perdu le sommeil et l'appétit. C'était presque un moribond.

L'examen de la cavité suppurante pratiqué à l'aide d'une sonde Beniqué flexible, fait reconnaître qu'à partir du troisième espace intercostal la cavité se prolonge en bas environ dans l'étendue de 17 centimètres jusque dans le voisinage du sinus costo-diaphragmatique, qu'en arrière et latéralement elle mesure environ 12 centimètres, qu'elle ne semble pas remonter sous les côtes supérieures. La respiration est à peu près nulle dans tout ce côté ; elle s'entend faiblement le long de la colonne vertébrale en arrière et un peu sous la clavicule. Le côté *droit* paraît sain et ne semble pas présenter de lésions tuberculeuses.

Opération le 25 septembre 1885, à l'Hôtel-Dieu. — Grand lambeau cutané en U, de 12 centimètres de base, au niveau du troisième espace intercostal, de 14 à 16 centimètres de hauteur, descendant jusqu'à la neuvième côte environ.

Ablation rapide après dénudation de la 3e, 4e, 5e, 6e, 7e, 8e, 9e côte gauche, dans une longueur variant de 9 à 7 centimètres pour chaque côte. La plèvre pariétale est peu épaissie; elle est couverte de fausses membranes suppurantes et de bourgeons charnus fongueux; elle est tendue verticalement, ainsi que les muscles sus-jacents, dans toute la hauteur du lambeau cutané, de manière à ce qu'on ait facilement sous les yeux toute la cavité suppurante. Celle-ci est soigneusement débarrassée des fausses membranes, du pus, des bourgeons charnus, des grumeaux caséiformes, avec des éponges trempées dans le chlorure de zinc à 5 0/0. Cette cavité est énorme: elle dépasse en arrière les limites de la résection osseuse et va jusque sous l'omoplate; en haut, elle remonte jusqu'à la deuxième côte; en dedans, elle est bornée par le médiastin, et on voit très nettement le cœur et la naissance de l'aorte qui battent vigoureusement sous l'œil et le doigt. Je ne pouvais croire qu'une pareille cavité arriverait à se combler malgré la très large perte de substance faite à la paroi, et, mon opération terminée, je regrettais presque de l'avoir entreprise, en prévoyant son inutilité et sa gravité.

Suture du lambeau à sa périphérie; nombreux drainages; pansement compressif.

Les suites furent simples et complètement apyrétiques; il y eut, pendant les deux premiers jours, une tendance à l'abaissement de température, exagérée par des vomissements presque incessants.

Les drains furent successivement raccourcis et supprimés, et, le 25 novembre, juste deux mois après l'opération, le malade était présenté guéri à la Société de chirurgie.

Quelques jours plus tard, une ouverture se produisait à la partie inférieure de la cicatrice et donnait issue à une assez grande quantité de pus. Un drain fut replacé et définitivement supprimé en janvier 1886. La guérison était complète.

Aujourd'hui, 20 juillet 1887, la transformation est radicale; le moribond de 1885 est un garçon fort et vigoureux, qui est venu passer à Paris la fête du 14 juillet, et qui n'a conservé de son affection qu'une reconnaissance extrême pour la chirurgie qui lui a conservé l'existence.

Le thorax, du côté opéré, est curieux à examiner : dans la région mammaire gauche, la dépression est énorme; elle pourrait facilement loger le poing d'un adulte. Elle est encore exagérée par la saillie considérable que font les côtes inférieures non sectionnées qui se sont relevées et portées en haut et en avant.

Tout ce côté gauche du thorax est mince, aplati, et contraste d'une manière frappante avec le côté droit, bien convexe et solidement développé.

L'épaule gauche est abaissée, et le bras semble plus long que du

côté opposé, parce qu'il est plus tombant. La scoliose est peu prononcée. La cicatrice est régulière et très solide. La paroi est souple et dépressible. Il n'y a aucune sensibilité dans la région.

La respiration s'entend dans toute la poitrine, en arrière et sur le côté; le poumon est venu se remettre en contact avec la paroi. Elle ne s'entend pas en avant. Le cœur bat sous la cicatrice, au niveau de l'enfoncement créé par la résection des côtes.

La santé générale est absolument parfaite et ne laisse rien à désirer.

Discussion.

M. Lucas-Championnière. Cette observation représente ce qu'on peut appeler un cas favorable, car ici la résection a porté sur la partie antéro-inférieure du thorax. Quand on opère en haut et surtout en arrière et en haut, l'opération d'Estlander réussit moins bien.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,
Terrillon.

Séance du 27 juillet 1887.

Présidence de M. Lannelongue.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les publications périodiques et journaux de la semaine;

2° *Tumeur maligne costo-pleurale, résection de la plèvre et de deux côtes, guérison par première intention,* par M. le Dr L. Desgenin (d'Anvers);

3° M. Nélaton remercie la Société de l'avoir nommé membre titulaire dans la dernière séance;

4° *Plaie du crâne par balle de revolver,* par le Dr Villeneuve (de Marseille), membre correspondant. (Sera lue dans une prochaine séance.)

Rapport.

Sur une observation de M. le Dr CAUCHOIS, chirurgien de l'hôtel-Dieu de Rouen, intitulée : *Calcul vésical (de 38 millimètres de largeur sur 47 de longueur) chez une femme. — Extraction par la dilatation immédiate progressive de l'urèthre. — Guérison sans incontinence d'urine.*

Rapport par le Dr POZZI.

La dilatabilité de l'urèthre chez la femme est des plus remarquables. En outre, grâce à l'élasticité de ce conduit, il peut revenir ensuite complètement sur lui-même sans que sa puissance de retrait ait été pour ainsi dire *forcée* par la dilatation. Le chirurgien doit donc être très hardi dans de pareilles tentatives sans redouter l'incontinence d'urine. Il doit l'être d'autant plus qu'il y a grand intérêt pour les malades à voir substituer une simple *manœuvre*, comme la dilatation et l'extraction, à une opération, quelque simple qu'elle puisse être, telle que la lithotritie, ou la taille uréthrale ou vaginale. Mais quelle est la limite de dilatation de l'urèthre qu'on peut atteindre sans danger de rupture ou simplement de paralysie du sphincter vésical ? Si l'on consulte les auteurs les plus récents, on trouve que Winckel [*Die Krankheiten der Werbliche Harnrohren und Blase* (*Deutsche chirurgie*, 1885)] conseille de ne pas dépasser 2 centimètres et demi à 3 centimètres sur le diamètre transversal. Heydenreich (de Nancy) adopte ces limites dans son récent article sur « le traitement des calculs vésicaux de la femme » (*Semaine médicale*, 6 juillet 1887). — Au mois d'avril de cette année, Köhegyi, assistant de la clinique du professeur Mann de Szegedin, publia un travail sur « l'extraction de la pierre par la taille vaginale » (*Centralblatt fur Gynœk*, n° 18, 1887). Il a jugé cette opération indispensable pour extraire deux pierres dont le diamètre transversal était, pour l'une 2cent,8, pour l'autre 3 centimètres, le diamètre vertical étant 4 centimètres et 3cent,2.

L'observation que vous présente M. le Dr Cauchois montre qu'on aurait pu, dans ce cas-là, éviter l'incision du vagin et se borner à dilater l'urèthre pour extraire les calculs. En effet, dans cette observation, la guérison a été facilement et radicalement obtenue par ce simple moyen pour une pierre ayant 38 millimètres de largeur sur 40 millimètres de longueur. Moi-même j'avais publié dans la *Gazette médicale de Paris*, du 29 janvier dernier, une observation d'extraction, par la dilatation immédiate progressive de l'urèthre, d'un calcul de 3cent,8 de largeur sur 5 centimètres de longueur ; gué-

rison sans incontinence d'urine. C'est la lecture de cette observation qui a engagé M. le Dr Cauchois à s'abstenir d'une opération plus compliquée, et à s'en tenir au moyen qui lui a si bien réussi.

Voici cette intéressante observation de notre distingué confrère de Rouen telle qu'il l'a rédigée :

Observation. — La femme X..., âgée de 42 ans, habituellement bien portante, sans antécédents goutteux ni calculeux, entre dans notre service à l'hôtel-Dieu de Rouen, le 15 mai dernier, pour y être opérée d'une pierre vésicale, diagnostiquée par le Dr Fauvel, de Pavilly. Vers le commencement de l'hiver 1886, elle a ressenti des douleurs dans le bas-ventre, accompagnées de mictions douloureuses, fréquentes, puis bientôt de pus et de sang dans les urines. Les symptômes devinrent très pénibles en mars 1887. La pierre est immédiatement rencontrée par la sonde derrière le col vésical. Elle est très mobile. Nous saisissons un des diamètres de la pierre avec la pince à pansements, et il mesure 27 millimètres. En explorant le bas-fond de la vessie avec un doigt dans le vagin, en même temps que nous fixons la pierre dans la vessie, nous sentons bien le relief de cette dernière, et pouvons à peu près estimer son volume à celui d'un œuf de pigeon. Ces manœuvres sont douloureuses et font un peu saigner la vessie. En tout cas, il nous paraît que le volume du calcul nous autorise à en tenter l'extraction par simple dilatation de l'urèthre. État général très bon. Lavage de la vessie avec la solution d'acide borique à 4 0/0 plusieurs fois par jour.

Nous signalerons que cette femme avait été atteinte d'un prolapsus complet de l'utérus (consécutif à un accouchement), que pendant trois ans l'utérus était resté tout à fait procident hors de la vulve, et que ce n'est que l'année dernière qu'elle se décida à garder un pessaire pour maintenir l'utérus en place. Depuis quelques mois, le pessaire a pu être retiré sans inconvénient.

Opération le 23 mai. — La malade est chloroformée. Pour dilater l'urèthre, nous nous servons de six canules graduées en caoutchouc durci (canules rectales). La première présente un diamètre seulement un peu supérieur à celui de l'urèthre ; elle est facilement introduite. Les quatre suivantes furent un peu plus difficiles à mettre en place, à cause de leur forme cylindrique à bout rond. Il eût été préférable qu'elles fussent coniques ; mais nous n'avions pas de canules coniques à notre disposition : seule la dernière, qui ne faisait pas partie du jeu des cinq autres, avait une extrémité conique et atteignait bientôt 42 millimètres ; aussi passa-t-elle très aisément dans l'urèthre.

Ce temps de la dilatation demanda environ dix minutes. Pour saisir ensuite le calcul suivant un diamètre convenable à l'aide des tenettes droites, j'introduisis, en même temps que ces dernières, l'index gauche dans la vessie.

L'exploration digitale nous permit ensuite de nous assurer qu'il n'y avait pas d'autre calcul, ni de déchirure du col vésical. Lavage abon-

dant de la vessie à l'eau boriquée chaude à 4 0/0. Deux gros drains laissés à demeure.

Le soir, T.,38°,3; le lendemain matin, 38°,1 ; le soir, 37°,8.

A partir de ce moment, la température est restée normale. Le 27 mai (5e jour), on retire les sondes et on ne fait plus que deux lavages. Il n'y a aucune incontinence d'urines, et la purulence de ces dernières a considérablement diminué. Enfin, toute trace de cystite a disparu quand l'opérée quitte l'hôpital, le 9 juin, dix-huit jours après l'opération. Nous signalerons seulement l'existence d'une légère contusion de la muqueuse du méat pendant les premiers jours après l'opération, contusion imputable aux pressions nécessitées par la forme arrondie des canules pour l'introduction de ces dernières.

Le calcul, de forme ovalaire, un peu aplati sur ses deux faces, est d'un blanc jaunâtre, avec des points brillants comme à la surface d'un grès; ces points sont formés par des groupes de cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien. Nous avons indiqué, au début de cette note, son poids et ses dimensions.

Sur une coupe longitudinale, on le trouve formé : 1° au centre, d'un noyau sphérique plus coloré; 2° autour du noyau, une sorte de gangue blanchâtre formée de dépôts concentriques comme le noyau et à cassure brillante et striée.

L'analyse chimique indique qu'il est composé, pour la plus grande partie de sa masse, de phosphate de chaux, puis de phosphate ammoniaco-magnésien, enfin d'oxalate de chaux et quelques traces d'urate de soude, d'ammoniaque et de silice.

M. le Dr Cauchois présente en terminant de judicieuses observations relatives à l'étiologie. En l'absence de tout antécédent héréditaire et de toute cause constitutionnelle, il se demande s'il ne convient pas d'attribuer, pour cause du calcul, chez la femme qu'il a opérée, la chute de l'utérus dont elle avait été précédemment atteinte pendant plusieurs années.

Les exemples de pierre vésicale dans des cystocèles ne sont pas rares. Ils ont été signalés depuis le XVIe siècle jusqu'à nos jours, par Fr. Rousset, l'ami d'Ambroise Paré, Civiale, Blandin, A. Cooper, P. Hybord, etc. Il n'est pas douteux qu'un prolapsus de l'utérus durant trois ans de suite a pu déterminer la stagnation des urines et favoriser tout au mois la formation d'une pierre due à des dépôts phosphatiques, ainsi que l'atteste la composition du calcul.

Je crois qu'il n'est pas inutile de consigner, à titre de document, à la suite de cette observation, celle qui l'a précédée et pour ainsi dire provoquée. Elle a bien déjà été publiée (*Gazette médicale de Paris*, 29 janvier 1887), mais elle semble avoir passé assez inaperçue, pour qu'un homme de la valeur et de l'érudition de M. le professeur Heydenreich ait, comme je l'ai déjà dit, ignoré l'im-

Paris. — Société d'imp. PAUL DUPONT (Cl.) 44.10.87. *Le Gérant :* G. MASSON.

portante conclusion à laquelle elle doit conduire. Elle établit, en effet, péremptoirement, ainsi que l'observation du Dr Cauchois, que *la dilatation immédiate progressive de l'urèthre peut être poussée assez loin pour permettre sans danger d'incontinence d'urine, l'extraction de calculs de 4 centimètres de diamètre.*

Observation (*Résumé*). — La nommée V... (Rosalie), âgée de 38 ans. Cystite intense, caractérisée par la purulence des urines et les troubles de la miction ; mais pas de polyurie, pas d'incontinence d'urine.

L'exploration de la vessie est très douloureuse, tant par le palper hypogastrique que par le toucher vaginal. Ce dernier permet de sentir le calcul et d'apprécier approximativement son volume, qui représente à peu près celui d'un œuf de pigeon.

Le cathétérisme, excessivement douloureux, montre que le calcul est situé immédiatement en arrière du col. Il est tellement mobile que le lithotriteur à exploration ne nous a pas permis d'en calculer les dimensions exactes.

Opération, le 17 septembre 1886. — M. Pozzi décide de dilater d'abord l'urèthre pour se rendre compte des dimensions du calcul et, si elles le permettent, d'en essayer l'extraction par l'urèthre. Dans le cas où le calcul serait trop gros, tout est préparé pour la lithotritie. Chloroforme. Dilatation de l'urèthre à l'aide des bougies de Hégar jusqu'à ce que l'introduction de l'index soit facile.

Cette dilatation demande environ dix minutes.

L'exploration digitale confirme le volume et la mobilité du calcul. Ce volume est environ celui d'une amande, dont il a exactement la forme.

On retire alors momentanément le doigt pour permettre l'introduction dans la vessie de petites tenettes dont les mors sont largement fenêtrés, de manière à permettre à la surface convexe du calcul de s'engager dans l'anneau allongé qu'elles forment.

Le doigt indicateur est ensuite replacé sur les tenettes dans la vessie et le chirurgien accroche le calcul avec l'extrémité digitale et cherche à le placer ainsi entre les mors de la pince (à ce moment, l'urèthre contenait à la fois l'index de l'opérateur et la partie la plus mince des branches des tenettes).

Ce n'est qu'après plusieurs tentatives que le calcul est ainsi saisi suivant son grand axe.

Le doigt est alors retiré de l'urèthre et le calcul peut être extrait sans violence.

L'exploration consécutive de la vessie permet d'y sentir des colonnes. Pas d'autres calculs. Lavage boriqué abondant.

Deux tubes de caoutchouc du volume d'une sonde n° 22 sont placés côte à côte dans la vessie pour permettre de fréquents lavages boriqués toutes les deux heures, pendant les trois premiers jours et combattre efficacement la cystite.

21 *septembre*. Les drains sont enlevés. Tous les phénomènes de

cystite ont disparu. L'urine est claire. La malade urine seule, sans aucune incontinence.

La malade sort au bout de quelques jours, complètement guérie.

Le calcul est ovoïde, rugueux, de couleur jaunâtre, très dur. Dimensions : grand diamètre, 5 centimètres ; diamètre transversal au niveau de la partie la plus renflée, 3 cent., 8. L'autre extrémité est effilée, ce qui donne à la pierre exactement la forme d'une amande revêtue de sa coque, dont elle a aussi sensiblement le volume.

Qu'il me soit permis de terminer ce rapport par quelques remarques sur la technique opératoire relative à l'extraction des calculs, par la dilatation immédiate progressive :

1° La chloroformisation me paraît indispensable, l'opération étant assez douloureuse , quoique rapide (10 à 15 minutes) ; peut-être cependant chez un sujet excessivement pusillanime pourrait-on obtenir une anesthésie locale suffisante avec la cocaïne, grâce à laquelle j'ai pu déjà pratiquer facilement diverses opérations sur les organes génitaux externes de la femme entre autres la colporraphie. Je ne crois pas comme Heydenreich que le chloroforme tire ici son utilité du relâchement musculaire qu'il provoque.

2° Il est indispensable, ainsi que le prouve la comparaison de mon observation avec celle du Dr Cauchois, de se servir de bougies coniques, et non de bougies ou canules à bout rond. On pénètre ainsi beaucoup plus facilement et on peut éviter les éraillures. Les bougies de Hégar pour la dilatation du col utérin sont excellentes. La dilatation de l'urèthre doit être poussée assez loin pour que l'introduction de l'index dans la vessie soit facile. Cette mesure peut, croyons-nous, servir de critérium et ne saurait sans danger de déchirure être dépassée.

3° L'exploration digitale permettra de reconnaître par le toucher les diverses particularités qu'on n'aurait pu acquérir qu'incomplètement par un autre moyen. Toutes les fois donc que, par suite de difficultés rencontrées pour saisir la pierre entre les mors d'un instrument explorateur ou pour toute autre cause on sera dans le doute sur ses dimensions réelles et sur l'opération qu'elle nécessite, nous recommandons hardiment *la dilatation exploratrice de l'urèthre* qui n'offre aucun inconvénient quand elle est méthodiquement conduite et aidée de l'antisepsie.

4° Pour l'extraction du calcul, je recommande l'emploi de tenettes spéciales, dont les mors seront constitués par des anneaux ovales dans la fenêtre desquels la partie culminante de la courbe que forment les bords arrondis du calcul pourra s'engager. Par suite, l'épaisseur des mors de la tenette ne viendra pas s'ajouter à celle du calcul comme cela aurait lieu si l'on employait des tenettes à cuillers pleines.

L'engagement du calcul entre les mors de la pince sera favorisé par l'introduction simultanée du doigt dans la vessie : le doigt sera retiré dès qu'on se sera assuré que le calcul est placé convenablement dans la tenette.

5° Des lavages antiseptiques (boriqués) abondants seront faits immédiatement après l'ablation du calcul et facilités durant les premiers jours selon l'intensité de la cystite par le séjour de deux tubes en caoutchouc, laissés à demeure côte à côte dans la vessie et l'urèthre.

L'observation de M. le Dr Cauchois est reproduite *in extenso* dans ce Rapport. Je propose en outre d'adresser des remerciements à l'auteur et de l'inscrire dans un rang honorable sur la liste des candidats à la place de membre correspondant national.

Rapport

Sur une observation communiquée par M. le Dr Jeannel (de Toulouse), intitulée : *Arrachement du bras gauche, dévoré par un lion ; amputation interscapulo-thoracique ; mort.*

Rapport par L. Paul Berger.

Dans un travail que j'ai fait paraître sur l'amputation du membre supérieur dans la contiguïté du tronc, j'ai indiqué la différence que présentaient les résultats de cette opération suivant qu'elle était pratiquée pour une cause pathologique, ostéite ou tumeur du membre supérieur, ou pour une lésion traumatique. La proportion des cas suivis de mort n'excède en effet pas le cinquième des faits qui nous sont connus, pour la première de ces indications, tandis que dans le second ordre de faits elle dépasse notablement ce chiffre. J'ai fait voir que, parmi les cas mêmes d'amputation interscapulo-thoracique pratiquée pour des traumatismes, il convenait de distinguer ceux où l'opération avait été rendue nécessaire par l'arrachement du membre supérieur saisi par des machines, de ceux où l'avant-bras, le bras et l'épaule avaient été broyés par des engrenages ; les premiers ayant presque toujours donné un résultat favorable, tandis que les seconds se sont presque tous terminés par la mort.

L'observation que vous a envoyée M. le Dr Jeannel semble faire exception à la règle commune, et on pourrait la considérer comme un exemple, le premier peut-être, d'amputation inter-

seapulo-thoraeique pratiquée pour un arraehement du membre supérieur et suivie d'une terminaison fatale, si le mode d'action de la cause vulnérante et les lésions que celle-ci avait déterminées sur le membre étaient bien eeux que l'on observe dans les arraehements. Nous ne pouvons nous ranger complètement à cet avis, et, avec M. Jeannel, nous trouvons dans la nature toute particulière de la blessure la cause véritable des aceidents à marche si rapide qui rendirent inutile l'intervention ehirurgicale.

Dans les faits d'arrachement qui ont été publiés et que nous avons pu rassembler, la solution de eontinuité des divers tissus, les lésions amenant leur rupture, se sont toujours produites par traction, par élongation, à distance en quelque sorte et bien au-dessus du point où le membre arraché était saisi par la force qui tendait à le séparer du eorps. — L'attrition résultant de l'application directe de la violence extérieure faisait done défaut au niveau des points où s'était effectuée la rupture et, si l'on se souvient de la bénignité avee laquelle se comportent les plaies produites de la sorte, lorsqu'on les abandonne à elles-mêmes, on ne peut douter que l'opération ne trouve la région sur laquelle on doit la pratiquer, dans des conditions relativement favorables à son sueeès.

Tel n'était pas le cas pour le blessé de M. Jeannel. Pour s'en convaincre, il suffit de se reporter aux termes de l'observation. Le lion avait englouti l'avant-bras, le eoude et le bras de ce malheureux, et les dents de l'animal s'enfonçaient dans le moignon de l'épaule. Au moment où les téguments cédèrent à la traetion exercée par l'animal, les muscles, principalement le deltoïde et le grand pectoral, se déchirèreut en passant au travers des dents du lion comme au travers d'un peigne, au dire des témoins de l'accident : et l'examen du moignon pratiqué presque aussitôt par M. Jeannel révélait les traces eertaines de cette dilacération en montrant les muscles déehirés en bandelettes et en lanières flottantes autour de l'humérus dénudé, et présentant une tuméfaction énorme de ce qui restait de leurs corps eharnus.

Il nous semble donc que la plaie produite de la sorte ne doive pas être considérée comme uno plaie produite par arrachement, mais plutôt comme une véritable morsure, genre de blessure dont on connaît le pronostic infiniment plus grave.

Dans l'amputation interseapulo-thoracique eomme dans toutes les grandes amputations, la gravité de l'opération est en relation intime avec la gravité du traumatisme qui l'a motivée, et la suite de l'observation qui vous a été eommuniquée est bien faite pour justifier cette proposition.

L'opération, exécutée avee une grande sûreté par M. Jeannel, le lendemain matin, ne fut marquée par aueune diffieulté imprévue,

par aucune complication : la perte de sang fut presque nulle (moins de 200 grammes), grâce à la ligature préalable de l'artère et de la veine sous-clavière, ainsi que des vaisseaux sus-scapulaires, et néanmoins le blessé succombait deux heures et demie après avoir subi l'amputation.

S'il est impossible d'affirmer que le shock opératoire, venant s'ajouter au shock initial produit par le traumatisme, n'ait pas eu quelque influence sur cette terminaison rapide, il est certain qu'il n'en fut pas le seul facteur, car l'opéré revint à lui, reprit sa connaissance ; il put parler, exprimer sa reconnaissance, etc. La raison véritable de cet insuccès doit être cherchée dans le développement d'une septicémie presque foudroyante, déclarée déjà quand M. Jeannel put intervenir, et manifestée par l'élévation immédiate de la température et l'infiltration de gaz putrides tout autour de la plaie. Quelques soins que prit le chirurgien pour désinfecter le foyer traumatique avant l'opération et pour faciliter, par un bon drainage, l'issue des produits de décomposition, l'état général du sujet était déjà trop atteint pour qu'il pût se relever. Ce caractère brusque et presque foudroyant de l'invasion septique est donc un caractère qui, s'ajoutant à ceux tirés de l'examen de la plaie et du récit des gens qui avaient été témoins de l'accident, doit faire classer ce fait à part parmi les arrachements du membre supérieur, et le rapprocher des broiements et des attritions dont les morsures nous offrent les plus terribles exemples, puisque les plaies qu'elles déterminent sont, plus que toutes les autres, exposées à des complications inflammatoires et gangreneuses déterminées peut-être par l'inoculation directe de ferments septiques dans les tissus.

L'indication à laquelle M. Jeannel a cherché à satisfaire est celle qui règle l'intervention dans les amputations totales du membre supérieur d'origine traumatique. Depuis l'important travail que Patrick H. Watson a publié dans l'*Edinburgh medical Journal*, nous savons que, pour les traumatismes de l'épaule, c'est l'étendue des désordres des parties molles, bien plutôt que les lésions du squelette et de l'articulation scapulo-humérale, qui détermine la hauteur à laquelle on doit pratiquer l'amputation. L'impossibilité de constituer un bon moignon par la désarticulation de l'épaule était ici, comme dans presque toutes les observations connues, la principale indication.

Ceci posé, sans insister davantage, fallait-il, comme l'a fait M. Jeannel, intervenir sans retard ? M. Lucas-Championnière, à propos d'un fait intéressant qu'il a publié dans la thèse de M. le Dr Trévelot, puis dans la *Revue de chirurgie*, a beaucoup insisté sur l'utilité qu'il peut y avoir d'attendre, pour procéder à l'opéra-

tion, que le shock initial produit par le traumatisme se soit dissipé : cette conduite lui a réussi dans le cas qui lui est échu ; mais j'ai fait observer que l'expectative n'est pas toujours possible, et, dans le cas de M. Jeannel, en particulier, on ne pouvait différer d'agir. Il est, à cet égard, une distinction à établir entre les arrachements du membre, cas où l'hémorrhagie primitive est faible, l'hémorrhagie prolongée ou les hémorrhagies consécutives tout au moins fort rares, les accidents inflammatoires consécutifs peu intenses, et les broiements par des machines ou les arrachements par morsure qui peuvent leur être assimilés. L'impossibilité, dans ces cas, de trouver le vaisseau principal du membre, assurer l'hémostase provisoirement par une ligature, laisse le blessé sous la menace d'une hémorrhagie de retour foudroyante. Nous avons assisté, d'ailleurs, dans l'observation de M. Jeannel, à l'éclosion presque immédiate d'une septicémie gangréneuse qui, si l'on eût attendu plus longtemps, n'eût laissé à l'opération aucune chance de succès. Le cas était mauvais, les conditions défavorables, toutes les chances contraires ; mais il valait mieux tenter, en quelque sorte, l'aventure, que de laisser le blessé courir à une perte certaine, pour ne pas compromettre la chirurgie. A cet égard, nous ne pouvons qu'approuver la conduite qu'a tenue M. le Dr Jeannel.

Reste enfin la question du manuel opératoire employé par le chirurgien : je suis heureux de constater ici qu'il s'est loué d'avoir suivi, de point en point, les indications que M. Farabeuf et moi nous avons tracées. La section entre deux ligatures de l'artère et de la veine humérale, après résection préalable de la partie moyenne de la clavicule pratiquée comme premier acte de l'opération, s'est montrée parfaitement suffisante pour prévenir l'hémorrhagie opératoire et l'entrée de l'air dans les veines. Le reste de l'opération s'est effectué, le plus simplement du monde, par la constitution d'un lambeau pectoro-axillaire, d'un lambeau cervico-scapulaire, et par l'abrasion des insertions musculaires, qui se font à l'angle supérieur et au bord spinal de l'omoplate. J'ajoute que M. Jeannel est le premier qui ait, à ma connaissance, lié de propos délibéré les vaisseaux scapulaires supérieurs dans le premier acte de l'opération, comme nous avons recommandé de le faire. Le récit de cette opération, qu'on lira avec profit, confirme absolument tout ce que j'ai avancé sur son manuel opératoire et son exécution sur le vivant.

Les faits de ce genre sont actuellement encore assez rares pour que nous devions les recueillir avec soin : je vous demande donc d'insérer dans vos Bulletins l'observation entière que vous a communiquée M. le Dr Jeannel.

Discussion.

M. Polaillon. Il est assez rare d'observer des morsures produites par le lion ; aussi je crois utile de rapporter ce fait, qui m'est personnel.

En août 1885, un individu, ivre, avait fait le pari d'agacer un lion enfermé dans une cage de ménagerie. Celui-ci, à travers les barreaux, saisit l'avant-bras de cet homme et produisit une vaste plaie contuse, mais sans arrachement.

Transporté dans mon service, le blessé fut traité avec les bains antiseptiques et les compresses humides.

Après deux jours, survint une inflammation diffuse.

Le lendemain, la tuméfaction augmenta beaucoup ; le phlegmon avait gagné le bras ; il y avait du délire, de l'agitation et une fièvre intense.

Je pratiquai alors la désarticulation de l'épaule, mais sans pouvoir réunir les tissus infiltrés. Le malade mourut après quelques heures.

On peut incriminer, dans ce cas, la gravité particulière d'une plaie résultant d'une morsure aussi terrible que celle du lion, et on pourrait se demander si, dans des faits analogues, on ne devrait pas commencer par la désarticulation avant d'attendre les accidents plus graves.

M. Lucas-Championnière. La différence que M. Berger cherche à établir entre le broiement et l'arrachement me semble difficile à comprendre. Ainsi, dans le cas qui m'est personnel, la machine avait arraché le bras ; mais, en même temps, elle avait broyé la partie attenante à l'épaule.

Ici, je n'ai pas essayé d'intervenir immédiatement, parce que cela était absolument impossible. L'hémorrhagie, très abondante, avait tellement épuisé le malade qu'il n'aurait pu supporter l'opération.

Je conclus qu'il est plus rationnel de retarder l'opération : d'abord, parce que le malade a moins de chances de mourir du *shock* ; ensuite, parce que, dans les parties broyées, se trouvent déjà des substances infectées qu'il vaut mieux enlever plus tard.

Il est bon d'agir sur le moignon avec vigueur, au moyen de l'antisepsie, pour le débarrasser des germes nuisibles.

La période intermédiaire est, dit-on, mauvaise pour ces opérations ; cela est possible, mais je n'ai pas l'expérience de ce fait.

M. Verneuil. Je n'approuve pas beaucoup l'expression de *shock*, ar elle ne signifie rien de précis.

Pour moi, le guide absolu est la température. Je n'opère pas au-dessous de 37°, car j'ai vu mourir tous les amputés ayant 36°. Toujours, à Lariboisière, où j'ai eu souvent l'occasion de pratiquer de ces grandes amputations d'urgence, j'ai attendu que la température fût remontée au-dessus de 37°.

S'il y a hémorrhagie menaçante, je l'arrête au moyen de la compression avec la bande de caoutchouc.

M. Trélat. M. Lucas-Championnière nous a parlé de la période intermédiaire ; cela prête à confusion, car souvent elle correspond à la période fébrile de quelques auteurs.

Pour moi, il y a entre la période d'hypothermie et la période de fièvre, indice d'un empoisonnement commençant, une période qui est celle pendant laquelle on doit faire ces grandes opérations.

M. Lucas-Championnière. J'ai opéré pendant la fièvre, 39°, 39°,5, et j'ai trouvé plus de bénéfice qu'en opérant pendant l'hypothermie.

Il est vrai que mon malade était très déprimé, car plusieurs injections d'éther ont été nécessaires pour le ranimer.

La période fébrile me semble moins dangereuse depuis qu'on emploie une antisepsie rigoureuse.

M. Trélat. Comme M. Lucas-Championnière, je crois que le chirurgien est toujours embarrassé en pareil cas, surtout quand l'élévation de température succède rapidement à l'abaissement; on peut alors se décider quand même.

M. Lucas-Championnière. Les expressions de période primaire et période intermédiaire ou secondaire ne sont pas de moi, elles ont cours depuis longtemps dans le langage chirurgical.

Ces dernières sont du reste peu importantes.

Ce que j'attendais chez mon malade, ce n'était ni la fièvre, ni la réaction violente, mais seulement qu'il fut assez ranimé pour pouvoir supporter l'opération.

M. Berger. Dans le cas de M. Jeannel, je n'ai trouvé noté aucun choc traumatique. Le soir même de l'accident, la malade était bien. La gangrène traumatique a débuté seulement le lendemain.

Il fallait le laisser mourir ou l'amputer. L'antisepsie aurait-elle pu arrêter l'infection, ainsi que le croit M. Lucas-Championnière? J'en doute fort.

Quant à la gravité des morsures par les animaux féroces, il faut voir là non seulement un phénomène mécanique dû à leur puissante mâchoire, mais aussi une source d'infection due à leur alimentation purement animale.

Les viandes pourries, putréfiées, qui servent ordinairement à leur alimentation, contiennent des germes putrides nombreux, qui sont inoculés dans les plaies profondes que produisent leurs dents.

Rapport

Sur une observation communiquée par M. le Dr Jeannel, et intitulée : *Rétention des règles dans l'utérus. — Vice de conformation des organes génitaux internes et externes. — Tentative d'évacuation, mort rapide. Autopsie.*

Rapport par M. Paul Berger.

Messieurs, dans un rapport que j'ai présenté à la Société, il y a un an environ, à l'occasion d'un fait d'imperforation de l'hymen avec rétention du sang menstruel, traitée avec succès par M. le Dr Paul Second, je crus devoir insister sur les accidents que peuvent déterminer les opérations pratiquées en vue d'obtenir l'évacuation de semblables collections, accidents dont de nombreux exemples ont été rapportés par les auteurs qui ont observé des cas semblables et par ceux qui se sont occupés de ce sujet. L'importance que j'attribuais à ces accidents parurent exagérés à quelques-uns de nos collègues, et dans la discussion qui suivit ce rapport l'on affirma « que l'opération était aujourd'hui très simple par elle-même et dans ses résultats. Il y a vingt ans, elle était suivie d'accidents formidables qui pouvaient se comprendre, car en pareil cas on a affaire à un vaste foyer sanguin tout préparé pour la putréfaction; aussi s'est-on attaché à chercher des règles pour éviter la septicémie, et à l'heure actuelle il ne s'agit plus, *pour parer à tout accident*, que de se conformer à de simples précautions antiseptiques. Par conséquent le danger sur lequel M. le rapporteur a appelé l'attention n'existe plus de notre temps. »

L'observation nouvelle que vous a communiquée M. le Dr Jeannel, et que je viens résumer brièvement, prouve malheureusement qu'on ne saurait attribuer à l'ouverture des collections constituées par l'accumulation du sang des règles derrière une imperforation des organes génitaux, une semblable innocuité.

Il s'agit d'une femme de 26 ans, mariée, qui fut admise à l'hôpital de Toulouse pour une tumeur abdominale ancienne qui l'avait conduite à un état voisin de la cachexie.

La malade était chétive, sa figure fatiguée présentait les caractères du *facies utérin :* elle était amaigrie, pâle, à bout de forces; quinze

jours auparavant, elle avait été atteinte d'une crise au cours de laquelle elle avait failli succomber. Des crises semblables, caractérisées par de vives douleurs dans le bas-ventre, se reproduisaient depuis quelque temps presque chaque mois, en même temps que se prononçait l'accroissement de volume du ventre; une constipation rebelle, des envies incessantes d'uriner, s'étaient établies; du reste, la malade n'avait jamais été réglée; inutile de dire qu'elle n'avait pas eu d'enfants.

Les parois du ventre étaient œdématiées; elles présentaient une circulation sous-cutanée très développée. La palpation permettait de sentir, non sans peine, à cause du ballonnement de l'intestin, une tumeur à limites un peu confuses, présentant un lobe supérieur proéminent un peu à gauche de la ligne blanche vers l'ombilic, et un lobe inférieur saillant à droite de la ligne blanche. Ces deux lobes, du reste, se confondaient en une seule masse, qui ne présentait nulle part de fluctuations.

En cherchant à pratiquer le toucher, M. Jeannel put constater du côté des organes génitaux la malformation suivante :

A la place du clitoris, existait une sorte de verge de six centimètres de long, terminée par un gland imperforé dirigé en bas. La face inférieure de ce gland, supporté par deux corps caverneux, présentait une rainure médiane d'où partait une bride, bride masculine du vestibule de M. Pozzi, formée de deux bandelettes qui traversaient le vestibule accolées l'une à l'autre, se séparant pour entourer le méat urinaire et se terminer en arrière de lui après s'être réunies, sans que l'on pût trouver aucun prolongement qui permît de les suivre en arrière jusqu'à l'orifice vaginal.

Cet orifice donnait accès dans un vagin de sept centimètres de profondeur, très étroit, mais dilatable, au fond duquel faisait saillie une tumeur arrondie oblitérant presque complètement le cul-de-sac latéral droit, laissant libre le cul-de-sac latéral gauche. Cette saillie était molle, sans fluctuations; l'exploration bimanuelle permettait de reconnaître qu'elle faisait corps avec la tumeur abdominale. A la surface, enfin, existait un petit orifice entouré d'un bourrelet circulaire peu saillant, qui parut à M. Jeannel devoir être rapporté à l'existence d'un col et d'un orifice utérins.

Se fondant sur ces caractères et sur les commémoratifs, M. Jeannel admit qu'il se trouvait en présence d'une tumeur constituée par l'accumulation du sang menstruel dans une des moitiés d'un utérus double, cette moitié étant oblitérée par le fait de l'arrêt de développement d'un des canaux de Muller, tandis que l'autre, déjetée par la distension de la précédente, était perméable et aboutissait à l'orifice que le toucher faisait constater au sommet de la tumeur vaginale, et qui présentait en effet l'apparence d'un orifice utérin.

Après avoir en vain cherché à cathétériser cet orifice, M. Jeannel se décida, le 31 mars 1886, à pratiquer l'opération suivante, que l'imminence d'accidents nouveaux et l'état d'affaiblissement de la malade ne permettaient pas de différer.

Après avoir drainé la vessie et entouré le ventre d'un appareil destiné à être resserré graduellement au cours de l'évacuation du contenu de la tumeur, un spéculum fut appliqué non sans difficultés, et la tumeur vaginale fut ponctionnée avec un trocart qui permit l'évacuation d'environ cent grammes de liquide brun chocolat. Une incision cruciale fut alors pratiquée à un centimètre de profondeur avec un bistouri guidé sur la canule, et l'évacuation se faisant à grand'peine par cette ouverture, il fallut la dilater avec des pinces à polypes. Malgré cette manœuvre, malgré des injections poussées dans la cavité de l'hématome au moyen d'une solution de sublimé au deux millième, des fragments de caillots oblitéraient sans cesse l'orifice créé par l'incision, et l'évacuation restait des plus incomplètes; il s'agissait évidemment d'un hématome solidifié et ne renfermant que des caillots plus ou moins denses suivant leur siège. M. Jeannel s'efforça alors de retirer par fragments ces caillots avec des pinces, en s'arrêtant de temps à autre pour pratiquer des injections antiseptiques. Mais, au bout de deux heures, il n'avait obtenu qu'un résultat insignifiant, la tumeur du ventre paraissait n'avoir pas diminué de volume, et l'opérateur dut s'arrêter. Deux tubes furent introduits dans la cavité de l'hématome, et un tamponnement iodoformé fut disposé dans le vagin.

L'opération, qui avait été faite sans chloroforme, s'était accompagnée d'un peu de perte de sang, venant des lèvres de l'incision (200 grammes environ). La quantité de matières, sang modifié et caillots, retirée de l'hématome pouvait être évaluée à un litre environ. A peine la malade était-elle replacée dans son lit, qu'elle était prise de syncope et qu'elle succombait.

L'*autopsie* démontra l'exactitude du diagnostic porté par M. Jeannel. La tumeur, du volume d'un utérus gravide de six mois, remplissait toute la moitié inférieure de la cavité abdominale, adhérant partout aux parois de l'excavation pelvienne, fusionnant en une seule masse la vessie, aplatie, étalée à sa face antérieure, et dont la cavité était réduite à presque rien; les ovaires des trompes, le rectum, le côlon ascendant, et adhéraient en outre à l'épiploon. Les deux uretères étaient accolés sur ses faces latérales.

A la coupe, elle présentait une énorme cavité, circonscrite par une membrane distincte, de quelques millimètres d'épaisseur, remplie par des caillots colorés vers le centre, denses et stratifiés dans leurs couches les plus excentriques; la partie la plus centrale de la tumeur présentait une excavation du volume des deux poings, communiquant encore avec l'incision vaginale, et résultant évidemment de la tentative pratiquée pour vider la poche des caillots qu'elle renfermait.

La partie supérieure de la tumeur paraissait s'être rompue, et en ce point quelques caillots formaient jusque dans la cavité péritonéale une saillie du volume d'un œuf d'oie, protégée par des adhérences qui s'étaient établies avec le grand épiploon. — A gauche également, vers le milieu de la tumeur, se trouvait un magma de caillots circonscrit par des adhérences qui s'étendaient jusqu'au côlon descendant; au des-

sous de ces caillots, se trouvaient les restes d'un ovaire bien reconnaissable. M. Jeannel attribue à la rupture de la trompe gauche cette hémorrhagie.

Enfin, indépendante de la cavité de la tumeur, se trouvait une autre cavité, aplatie à sa face latérale droite vers son segment inférieur; cette deuxième cavité, qui ne renfermait pas de caillots, mais un liquide blanchâtre, était comprise dans son épaississement de la poche principale, et elle allait s'ouvrir, par un canal facile à suivre dans toute sa longueur, à l'orifice qu'avant l'opération on avait considéré comme représentant le col utérin. La trompe du côté droit, facilement reconnaissable, venait aboutir à l'angle supérieur de cette cavité accessoire, et à son voisinage se trouvait également l'ovaire droit, noyé dans les adhérences résultant de péritonites anciennes.

M. Jeannel a fait suivre cette observation de considérations dont les unes sont relatives à l'interprétation anatomique du fait qu'il rapporte; dont les autres concernent le traitement et particulièrement la conduite qu'il a cru devoir adopter dans ce cas.

Parmi les premières, nous signalons seulement la discussion à laquelle l'auteur se livre, à propos de la malformation des organes génitaux externes, et particulièrement de la double bride qui réunissait le gland du clitoris au méat urinaire. M. Jeannel ne croit pouvoir adopter l'interprétation que M. Pozzi a donnée de l'existence de cette *bride masculine*. Celle-ci, d'après notre collègue, représenterait le corps spongieux de l'urèthre, et serait en continuité avec l'hymen, l'analogue, chez la femme, du bulbe de l'urèthre de l'homme. Cette signification ne pourrait être donnée à la bride observée par M. Jeannel sur sa malade, puisqu'elle ne se continuait pas jusqu'à l'orifice vaginal. On ne s'expliquerait pas d'ailleurs, suivant M. Jeannel, que le gland seul qui surmontait le clitoris se fût développé, le reste du corps spongieux restant rudimentaire. Nous mentionnons seulement ces objections, dont l'examen nous entraînerait sur un autre terrain que celui de la critique chirurgicale.

Quant à l'interprétation de la tumeur abdominale, elle ne peut être différente de celle que l'auteur lui avait assignée même avant l'opération. L'examen histologique de la paroi propre de cette tumeur, en y faisant constater l'existence d'une couche de fibres musculaires lisses dégénérées, prévient une objection que l'on pourrait lui faire, en alléguant qu'il s'agissait peut-être d'une hématocèle péri-utérine ou plutôt latéro-utérine, ayant refoulé, comprimé l'utérus et déterminé son atrophie.

L'existence de cette paroi musculaire, circonscrivant l'épanchement sanguin, ne peut se comprendre qu'en la considérant comme le vestige d'une des moitiés de l'utérus lui-même dans la cavité

duquel s'est faite l'accumulation et la coagulation du sang menstruel. On ne peut admettre, en effet, qu'il se soit agi de la production d'un hématome dans la trompe gauche ; cette hypothèse est réfutée par les rapports que la tumeur affectait avec la vessie, étalée à sa face antérieure, et avec la moitié droite deviée, mais perméable encore, de l'utérus qui faisait corps avec la paroi même de l'hématome. La seule interprétation qui puisse être adoptée est donc celle qu'a donnée M. Jeannel en assignant à la malformation observée par lui l'origine suivante : *utérus double résultant de l'arrêt de développement et du défaut d'aboudement du conduit de Müller du côté gauche; distension de l'utérus gauche par le sang des règles ; utérus droit, communiquant avec un demi-vagin normal par un orifice cervical, comprimé, dévié et atrophié par l'utérus gauche, transformé en hématome.*

Telle était en effet la disposition que M. Jeannel put retrouver à l'autopsie, après l'avoir prévue pendant la vie, en se fondant sur l'existence des rudiments d'un col utérin et d'un canal cervical.

Le second ordre de considérations a trait à la conduite adoptée par le chirurgien dans le cas présent.

A la première question que se pose M. Jeannel : Fallait-il opérer? Nous ne pouvons que répondre affirmativement.

L'autopsie même, en montrant qu'indépendamment des troubles de compression déterminés par la tumeur, des lésions plus menaçantes commençaient à se produire, est venue justifier l'opinion que pouvait faire naître l'aspect de la malade, l'examen de son état général et l'apparition des accidents périodiques dont l'aggravation devait l'emporter à brève échéance.

La paroi de substance utérine qui limitait l'hématome commençait à céder, en effet, et les caillots, encore circonscrits par des adhérences inflammatoires, qui étaient venus se former au contact même de la cavité péritonéale montraient que si la mort n'était pas survenue par le fait de l'opération, elle eût été bientôt la conséquence d'une hémorrhagie intra-péritonéale ou d'une péritonite aiguë par rupture coïncidant avec une des prochaines fluxions cataméniales.

Il était donc indiqué d'agir sans retard : mais fallait-il, dans l'intervention, adopter la voie à laquelle M. Jeannel a eu recours? L'auteur de cette communication, en présence des résultats de l'autopsie, pense que l'hystérectomie seule pouvait, en pareil cas, donner une solution satisfaisante : ce sont ces mêmes constatations qui nous porteraient à rejeter absolument ce mode d'intervention dans les cas analogues.

Les poussées d'inflammation qui se sont développées autour de la tumeur depuis un temps souvent fort long doivent en effet faire

prévoir l'organisation d'adhérence fusionnant l'utérus distendu par le sang, et les organes voisins, non seulement les annexes, ovaires et trompes, mais la vessie, les urèthres, le rectum et même l'intestin. C'est ce qui avait eu lieu dans l'observation de M. Jeannel, et l'on conçoit qu'une laparotomie, entreprise dans de semblables conditions, à moins de rester une simple incision exploratrice, ne puisse se terminer à l'avantage du malade, ni même à l'honneur de la chirurgie.

La tentative d'évacuer le contenu de l'hématome par l'incision vaginale est donc la seule entreprise à tenter, mais l'expérience du fait présent nous porte à penser que si désormais au cours d'une opération semblable on se trouvait avoir affaire à un épanchement sanguin solidifié, constitué presque exclusivement par des accumulations de caillots anciens, stratifiés, denses, adhérents, mieux vaudrait s'arrêter après avoir constaté l'état des choses, et ne pas tenter d'obtenir une évacuation qui, sans pouvoir être complète, ferait courir à la malade de trop grands dangers.

Il ne faut pas se dissimuler qu'une opération inachevée, en faisant communiquer avec la cavité vaginale une vaste poche pleine de caillots sanguins compliquerait en pareil cas la situation en ouvrant la porte à de graves complications, quelque confiance que l'on puisse avoir d'ailleurs dans la méthode antiseptique, et quelque rigueur que l'on apporte à l'observation de ces règles, et c'est justement parce qu'il est des cas où l'on ne peut répondre de ne pas pas se trouver aux prises avec les difficultés dont M. Jeannel vient de nous rapporter un intéressant exemple, que l'on ne peut considérer l'incision et l'évacuation d'une tumeur constituée par la rétention du sang menstruel derrière une oblitération des voies génitales, comme une opération d'un pronostic assuré et sur laquelle la chirurgie ait dit son dernier mot.

Communication.

Observations de castration inguinale avec remarques sur le procédé employé et l'état anatomique du testicule ectopique,

Par le Dr Ch. Monod.

Le fait dont je désire vous entretenir ne semble pas, de prime abord, particulièrement digne d'intérêt. Il ne s'agit en effet que d'une simple castration inguinale, motivée par la présence à l'aine d'un testicule ectopié, devenu douloureux. Or les observations de ce genre sont loin d'être rares.

Il m'a paru cependant que, tant au point de vue clinique et opératoire qu'à celui de l'anatomie et de la physiologie pathologique de l'ectopie, ce cas prêtait à quelques remarques, qui méritent d'attirer l'attention.

I. — Je résume d'abord rapidement l'observation :

Homme de 45 ans, bien constitué, bien portant, marié, père de deux enfants, chez lequel un seul testicule, le gauche, était descendu dans les bourses. Le droit s'était arrêté à l'aine et n'avait, pendant longtemps, occasionné aucun trouble. Ce n'est que depuis quelques années (6 à 7 ans) qu'il est devenu le siège de crises douloureuses de plus en plus pénibles. Brusquement, sans cause appréciable, toute la région se tuméfiait, devenait tendue, très sensible spontanément et à la moindre pression; les mouvements du membre correspondant augmentaient la souffrance et le malade était condamné au repos. La douleur s'étendait rapidement à tout le ventre; elle ne s'accompagnait cependant ni de vomissements ni d'un état fébrile quelconque.

La crise était, au reste, de courte durée; au bout de quelques heures, la douleur se calmait, la tuméfaction et la tension diminuaient, puis disparaissaient complètement, et tout rentrait dans l'ordre. Le malade pouvait de nouveau, sans gêne d'aucune sorte, vaquer à ses occupations.

Il était difficile, avant l'opération, il le fut encore, comme nous le verrons, après un examen direct des parties, de se rendre un compte exact de la cause de ces poussées douloureuses. L'exploration de la région, avec la main, était en effet singulièrement mal supportée.

Lorsque je vis le malade, pour la première fois, le pli de l'aine me parut occupé par une tuméfaction formant, au-dessus du niveau de la peau voisine, un relief comparable à celui d'une orange moyenne. Cette tuméfaction était molle, mate à la percussion, non fluctuante, subissant à la toux une impulsion légère, mais évidente.

Toute tentative de réduction était rendue impossible par l'excessive sensibilité de la tumeur, sensibilité qui paraissait exclusivement due à la présence du testicule, presque à fleur de peau. On parvenait en effet, avec quelques précautions, à préciser la situation de la glande séminale à la partie antérieure et moyenne de la tumeur, un peu au-dessus de l'arcade de Fallope. Elle ne paraissait pas augmentée de volume; toute idée de dégénérescence organique put être d'emblée mise de côté. Il nous parut que le volume relativement considérable de la tuméfaction devait être expliqué, soit par la présence de hernie consistante, soit par un épanchement liquide s'étant produit dans le sac vaginal.

Les crises douloureuses dont nous venons de donner la description, d'abord assez rares et ne se reproduisant qu'une ou deux fois par an, tendaient à devenir beaucoup plus fréquentes. Elles avaient reparu deux fois, à quinze jours d'intervalle, au cours du dernier mois.

C'est pour ce motif que M. X... réclamait une opération, qui le délivrerait à tout jamais de leur retour.

Je me rendis d'autant plus volontiers à son désir, que le testicule ectopié, organe d'ailleurs inutile, peut, comme on le sait, et surtout peut-être lorsqu'il a été exposé à des contacts et à des pressions douloureuses, devenir le siège de dégénérescences organiques dont l'issue est presque toujours fatale.

Je procédai à l'opération avec le concours de mon ami le Dr Larcher, médecin du malade, et de mon excellent collègue le Dr Schwartz.

Une incision de 5 à 6 centimètres, menée parallèlement au pli de l'aine sur la face antérieure de la tumeur, conduit rapidement, à travers la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose du grand oblique et les minces couches musculaires et celluleuses et sous-jacentes, jusque sur la séreuse qui est ouverte dans toute l'étendue de la plaie.

Les parties contenues dans le sac vaginal apparaissent alors : c'est d'abord un liquide séreux qui s'écoule par l'incision en quantité notable; c'est ensuite une grosse hernie épiploïque, qui forme la masse principale de la tumeur; c'est enfin le testicule, petit, atrophié, appliqué à la face profonde de la paroi antérieure du sac, juste au-dessous de la lèvre inférieure de la plaie.

Tout d'abord je procède à la résection de la hernie épiploïque. Elle est liée à sa base, au niveau du point où elle sort de l'abdomen, à l'aide de deux forts fils de catgut entrecroisés. Section au devant de la ligature. Réduction immédiate dans le ventre du pédicule ainsi formé.

L'ablation du testicule, qui constituait le second temps de l'opération, fut faite suivant un procédé particulier. Au lieu de me borner à l'extirpation de la glande seule, en posant une ligature et en faisant porter sa section sur son pédicule (cordon), il me parut préférable, pour des motifs sur lesquels je reviendrai plus loin, d'enlever en même temps qu'elle, le sac séreux tout entier.

J'avais vu, peu de temps auparavant, mon collègue et ami le Dr Marchand agir de la sorte, et avec un plein succès, dans deux cas de hernie congénitale étranglée, dans lesquels, en même temps qu'il levait l'étranglement, il avait cherché à obtenir la cure radicale de la hernie.

J'avais constaté dans ces deux cas que la dissection du sac herniaire, qui n'est autre que la vaginale du testicule ectopique, se fait avec la plus grande facilité. Il en fut de même chez mon malade. Je parvins sans peine à détacher la séreuse de ses connexions profondes. Cette libération fut poursuivie, du côté de l'abdomen, jusqu'au niveau et même au delà de l'anneau vaginal interne. Une solide ligature, semblable à celle qui avait été posée sur l'épiploon, appliquée le plus haut possible, grâce à une traction exercée sur le sac vaginal décollé, ferma en ce point le péritoine. Un coup de ciseaux, donné au-devant de la ligature, emportait enfin, comme vous pouvez le voir sur les pièces que je vous présente, la glande et la séreuse.

La plaie extérieure est réunie par quelques brins de crin de Florence; un drain est placé dans l'angle supérieur. Pansement de Lister, ouate et bande exerçant une légère compression.

La guérison fut très rapide. Le drain et les fils furent supprimés au premier pansement, le quatrième jour ; le huitième, tout était fermé.

II. — La première remarque, que ce fait me suggère, a trait précisément au procédé opératoire que je viens de décrire.

Il est à peine besoin d'en faire ressortir les avantages. On sait, en effet, que la hernie concomitante est l'un des principaux dangers de l'ectopie, sa fréquence s'explique par la présence d'une cavité de réception, en libre communication avec le péritoine, toute prête à la recevoir. La simple ablation de la glande laisserait subsister cette cavité, ou du moins, si l'on a eu soin de chercher à oblitérer la séreuse par quelques points de suture, l'orifice qui la met en rapport avec l'abdomen. L'extirpation complète du sac séreux, la fermeture exacte, au niveau de l'anneau inguinal interne, du conduit vagino-péritonéal, donnent évidemment, contre le retour offensif de la hernie, une sécurité bien plus grande.

III. — Un second point mériterait discussion, celui de la cause des crises douloureuses auxquelles le malade était périodiquement exposé et qui ont motivé l'intervention.

Des phénomènes de cet ordre ne sont point rares dans l'ectopie inguinale et ont pu être diversement interprétés : poussées congestives ou inflammation vraie de la glande ; pincement ou étranglement soit du testicule lui-même, lorsqu'il est très mobile, soit d'une anse intestinale qui pénètre dans le sac vaginal ; ou bien encore — suivant une hypothèse plus récente du Dr Nicoladoni qui, au cours d'une opération a pu en vérifier l'exactitude — torsion du pédicule de la glande (cordon) entraînant du côté de celle-ci des troubles circulatoires et une vive douleur. Aucune de ces explications ne pourrait convenir au cas de notre malade ; le testicule n'était ni enflammé, ni étranglé, le cordon n'était pas tordu dans son axe, la hernie était épiploïque et non intestinale et par conséquent peu douloureuse.

Peut-être pourrait-on attribuer le brusque retour des douleurs, s'accompagnant, on s'en souvient, d'un accroissement manifeste de la tuméfaction, à une augmentation subite de la quantité du liquide contenu dans le sac, qui aurait entraîné une compression pénible de la glande. Nous avons été frappé, et nous l'avons fait remarquer plus haut, de la très grande sensibilité de la glande à la pression, sensibilité telle qu'un examen complet de la région en était rendu impossible. On s'expliquerait bien aussi, de la sorte, la courte durée de la crise ; la rétrocession dans le ventre d'une partie du liquide épanché suffisait à diminuer la tension du sac vaginal et supprimait l'excès de la pression supporté par la glande.

Nous préférons cette hypothèse à celle qui mettrait les douleurs éprouvées au compte d'une pointe de hernie, s'engageant d'une façon intermittente dans l'anneau inguinal interne et se réduisant presque aussitôt d'elle-même. Il paraît difficile d'admettre que cet accident ait pu se reproduire aussi souvent, sans jamais aboutir à étranglement vrai et non spontanément réductible.

J'ajoute que j'ai pu constater, en opérant le malade, que le pédicule de la hernie épiploïque remplissait absolument l'orifice inguinal interne et n'aurait pas laissé place à cette sorte de va-et-vient de l'intestin.

IV. — Le dernier point, et non le moins intéressant, sur lequel je désire attirer votre attention, est relatif à l'état anatomique du testicule ectopié et aux remarques physiologiques qui en découlent.

Il est universellement admis, depuis les travaux de Godard [1] sur ce sujet, que le testicule ectopié ne fonctionne plus comme à l'état normal. A une seule exception près [2], en effet, l'absence de spermatozoïdes dans le liquide éjaculé a été constatée chez tous les individus atteints d'ectopie bilatérale. L'examen post mortem soit des canaux spermatiques, soit de la vésicule séminale correspondante, chez l'homme et chez les animaux monorchides, a toujours donné un résultat semblable (Godard, Goubaux et Follin).

A ce trouble physiologique correspondrait seulement, pour Godard, une certaine diminution du volume de l'organe et un état anémique de la substance testiculaire, mais aucune modification de structure. « Le parenchyme de la glande est absolument identique à celui du testicule normal; les canalicules s'effilent parfaitement, ils ont le même aspect à l'œil nu et au microscope. » Ces conclusions s'appuient sur l'examen anatomique de 8 cas d'ectopie; elles sont confirmées par les observations de Cloquet [3], Lorey [4], Bright [5], Curling [6], Beigel [7], Valette [8], etc.

Godard était ainsi amené à soutenir que l'absence de spermatozoïdes, dans le testicule non descendu, ne tenant à aucune lésion anatomique, devait s'expliquer par ce fait que, dans tous les cas

[1] GODARD, *Mém. de la Soc. de Biologie* pour 1856, 2e série, t. III, p. 376.

[2] Cas de Beigel (*Archiv. de Virchow*, t. XXXVIII, p. 144).

[3] CLOQUET, Recherches sur les causes et l'anatomie des hernies abdominales (*Thèse de concours*, Paris, 1819, p. 24).

[4] LOREY, Ueber Cryptorchismus (*Zeitschr. f. rat. Medicin*, 1864), t. XXI, p. 97.

[5] BRIGHT, *Guy's Hospital Reports*, t. II, p. 250.

[6] CURLING, *Traité des maladies du testicule*, trad. franç., p. 28.

[7] BEIGEL, *Loc. cit.*

[8] VALETTE, Des accidents liés à la migration imparfaite du testicule (*Lyon médical*, 1869, n° 10, p. 20).

d'ectopie, l'organe est maintenu absolument fixe dans le point qu'il occupe; la mobilité dont il jouit dans le scrotum, où il est, à chaque instant, soumis aux contractions du crémaster, étant une condition nécessaire à son fonctionnement régulier.

Follin, à diverses reprises [1], et notamment dans l'important travail qu'il publiait en 1855, en collaboration avec Goubaux, professeur à Alfort [2], défendait une opinion bien différente. Il concluait de ses études personnelles que le testicule ectopié n'était pas seulement diminué de volume, mais qu'il subissait à la longue, soit une sorte de transformation fibreuse résultant du retrait et de la résorption de la substance séminifère, soit une véritable transformation graisseuse, ne laissant plus trace des éléments caractéristiques de l'organe. Mes recherches me conduisent à une conclusion semblable.

J'ai utilisé, pour les faire, non seulement le testicule recueilli chez le malade dont je viens de vous rapporter l'observation, mais aussi deux autres glandes ectopiées qu'a bien voulu mettre à ma disposition mon ami le Dr Marchand.

De l'étude de ces pièces pratiquée avec le Dr Arthaud, dont la compétence en histologie pathologique est bien connue, découlent les faits suivants :

Il nous a paru évident que les lésions anatomiques qui peuvent exister dans un testicule ectopié varient avec l'âge de l'ectopie, ou si l'on veut avec l'âge du malade.

Sur une de nos pièces, en effet, appartenant à un sujet âgé d'une vingtaine d'années, nous avons pu constater, comme Godard, l'intégrité presque absolue du parenchyme glandulaire. Bien plus, contrairement à ce que cet auteur avait avancé, les spermatozoïdes ne faisaient nullement défaut, on en trouvait dans moitié environ des tubes séminifères examinés.

Le travail de spermatogénèse paraissait n'être pas sensiblement ralenti; il était possible de suivre, dans une même préparation, les diverses phases de travail karyokinétique spécial à la glande génitale.

J'ajoute que l'absence de spermatozoïdes dans certains conduits, un état granuleux anormal du protoplasma des cellules épithéliales de quelques autres, un épaississement très net, bien que peu prononcé, de l'albuginée et du corps d'Higmore, un léger degré d'endopériartérite des vaisseaux nourriciers, marquaient cependant le début du travail de régression et d'atrophie dont la glande ectopiée, si elle avait été laissée en place, serait devenue le siège.

[1] Voy. *Bulletin de la Soc. de Chirurgie*, 8 septembre 1852.
[2] Goubaux et Follin, *Mém. de la Soc. de Biologie* pour 1855, p. 293.

Tout autre, en effet, était l'apparence des parties sur les deux autres pièces, provenant l'une et l'autre de sujets ayant dépassé la quarantaine.

Il était facile de constater ici, à un examen histologique même superficiel, que la glande avait subi des modifications importantes, portant sur tous ses éléments constitutifs.

Outre l'épaississement de l'albuginée, la sclérose des vaisseaux, l'induration fibreuse du corps d'Highmore, lésion dont nous avions surpris le premier stade dans le cas précédent, et qui se montraient dans celui-ci plus accentuées, on découvrait des altérations évidentes du parenchyme testiculaire.

Les parois des tubes séminifères sont épaissies ; elles apparaissent cinq fois au moins plus grosses qu'à l'état normal et subissent, en même temps, la rétraction fibreuse qui est la conséquence nécessaire d'un pareil état, véritable sclérose péricanaliculaire, par conséquent, qui se fait par îlots distincts, spécialement au voisinage des ramifications vasculaires.

L'élément épithélial se trouve aussi frappé. Étouffées par la prolifération des parois, resserrées dans un espace trop étroit, les cellules de revêtement deviennent granuleuses, subissent une sorte de dégénérescence tantôt hyaline, tantôt graisseuse ; le travail de spermatogénèse diminue, puis disparaît complètement. Ce processus aboutit à la disparition totale de l'épithélium et à la transformation fibreuse du conduit.

On peut donc conclure de ces faits, et de ceux observés par Follin, que le testicule ectopique primitivement sain, comme l'avait vu Godard, ou ne présentant d'autre altération apparente qu'une égère diminution de volume, subit peu à peu, par suite des progrès de l'âge, peut-être aussi sous l'influence des froissements auxquels le testicule inguinal est exposé, une atrophie lente, graduelle et uniforme. Cette atrophie porte essentiellement sur l'élément épithélial; elle paraît résulter de la rétraction fibreuse de l'élément conjonctif de la glande, véritable sclérose péricanaliculaire, qui rappelle le type du testicule sénile.

Dès que ce travail est parvenu à un certain degré, la spermatogénèse se ralentit pour se suspendre plus tard complètement.

Il est intéressant de noter que la rétraction fibreuse débute, comme nous l'avons vu, par l'albuginée et le corps d'Highmore. Il suffit donc d'un léger degré d'atrophie pour mettre obstacle à l'excrétion du sperme et empêcher le libre passage du produit de sécrétion dans la vésicule séminale.

Nous nous expliquons ainsi que Godard ait pu constater dans toutes ses autopsies, sauf une seule, que toujours la vésicule séminale du côté de l'ectopie était notablement plus petite que du

côté sain, et que le liquide contenu ne renfermait que de l'épithélium et pas trace d'animalcules. Cette absence de spermatozoïdes dans les voies d'excrétion n'implique pas absolument, comme nous venons de le voir, l'arrêt de la spermatogénèse dans l'intérieur de la glande.

Puisqu'il semble établi que la glande séminale, hors de sa situation normale, bien que conservant pendant un certain temps sa structure normale, est fatalement vouée à l'atrophie et à la déchéance physiologique, puisqu'il n'est même pas certain que, pendant le temps où la sécrétion spermatique est encore possible, l'excrétion de sperme se fasse librement. — On admettra facilement que, comme on l'enseigne, du reste, depuis longtemps, le chirurgien ne doit pas hésiter à faire le sacrifice d'un testicule ectopique, même chez un sujet jeune, toutes les fois que, pour des raisons que je n'ai pas à rappeler ici, l'indication de la castration sera nettement posée.

Présentation de pièces anatomiques.

Autopsie d'un genu valgum, traité, trois ans auparavant, par l'ostéoclasie, promptement suivi de récidive,

Par E. Kirmisson.

Nous n'avons pas souvent l'occasion de faire l'autopsie d'un genu valgum; aussi ai-je pensé que l'observation suivante présenterait, pour la Société de chirurgie, un certain intérêt :

Il s'agit d'un jeune garçon de 15 ans qui, porteur d'un genu valgum du côté droit, et présentant en même temps des lésions tuberculeuses très avancées du poumon, a succombé dans le service de M. Nicaise, à l'hôpital Laënnec, dont je suis actuellement chargé.

Trois ans auparavant, le 2 septembre 1884, cet enfant était entré dans le service de M. Lannelongue, à l'hôpital Trousseau. M. Hartmann, alors interne du service, a bien voulu me remettre l'observation du malade, qu'il avait rédigée à ce moment.

Le jeune D..., âgé de 12 ans, a des antécédents héréditaires tuberculeux. En effet, sa mère est morte phthisique; trois enfants nés après lui ont succombé tous les trois en bas âge. C'est à l'âge de 13 mois, au moment où l'enfant a commencé à marcher, que le genu valgum de la jambe droite s'est montré. Depuis lors, la déviation a toujours éte en augmentant. Il existe un écartement de 13 centimètres et demi entre les deux malléoles. Le 21 septembre 1884, M. Henriet, remplaçant M. Lannelongue, pratique l'ostéoclasie au moyen de l'appareil de Robin. Le fémur est fracturé à deux travers de doigt au-dessus des

condyles; un craquement sec est entendu. Le 27 septembre, on anesthésie de nouveau l'enfant; on ramène le membre dans la rectitude avec plusieurs petits craquements, bien que sans la moindre difficulté, et on l'immobilise dans un appareil plâtré. Le 29 septembre, on constate une légère hydarthrose du genou, qui persiste encore le 24 octobre, lors de la levée de l'appareil. A ce moment, le cal est volumineux, et la cuisse dans la direction rectiligne. Enfin, le 29 décembre, l'enfant quitte l'hôpital; le membre est droit, et la marche se fait bien.

C'est le 12 mars de cette année que le malade s'est présenté à nous à l'hôpital Laënnec, avec une récidive de son genu valgum et des lésions tuberculeuses du poumon extrêmement avancées.

Il boite beaucoup en marchant, et souffre du genou pendant la marche. Cette claudication tient à un raccourcissement du fémur droit de 6 centimètres. Les mouvements de la jointure sont possibles; le genou droit, toutefois, se fléchit un peu moins que le gauche. Il existe des mouvements de latéralité très prononcés. L'extrémité inférieure du fémur présente une incurvation marquée en dedans; la ligne articulaire est fortement oblique en dedans et en bas. Le condyle interne du fémur forme une saillie considérable et dépasse en dedans de 4 centimètres le bord interne de la rotule; cette dernière repose sur le condyle externe. Cette saillie considérable du condyle interne empêche les cuisses d'arriver au contact; dans le rapprochement des genoux, on trouve que la malléole interne droite est écartée de la gauche de 13 centimètres. La difformité est donc actuellement aussi prononcée qu'elle l'était avant l'ostéoclasie. Joignons aux symptômes précédents une atrophie très marquée du membre inférieur droit, qui se traduit à la cuisse par une diminution de volume de 5 à 6 centimètres; à la jambe, par une diminution de 1 à 2 centimètres; le pied, porté en dedans, est dans l'attitude du varus équin.

La mort, étant survenue le 29 avril, par suite des progrès de la phthisie pulmonaire, nous a permis de faire l'autopsie du membre malade, et nous avons pu constater les résultats suivants :

L'articulation du genou est saine. L'extrémité inférieure du fémur, à très peu de distance au-dessus de l'insertion du cul-de-sac supérieur de la synoviale, présente une double courbure, dans le sens antéro-postérieur et dans le sens latéral. De la courbure antéro-postérieure résulte, sur la face antérieure du fémur, une dépression oblique en bas et en dedans. Quant à la courbure latérale, il semble que le fémur, à peu de distance au-dessus de l'articulation, ait subi un double mouvement d'adduction et de rotation, portant en avant et en dehors sa face antérieure; il en résulte un angle ouvert en dehors et saillant en dedans. Les tubérosités interne et externe du fémur sont normales comme volume et comme direction. En un mot, et c'est là ce qui caractérise cette pièce, la difformité qui constitue le genu valgum consiste en une courbure angulaire à sommet interne existant immédiatement au-dessus de l'articulation; les surfaces articulaires elles-mêmes ne participent en rien à la maladie.

Discussion.

M. Lannelongue. Je possède plusieurs observations qui ne font que confirmer le fait présenté par M. Kirmisson.

J'ai vu fréquemment, à la suite de l'ostéoclasie, la déformation se reproduire après cinq ou six mois, surtout chez les enfants. Aussi j'ai renoncé depuis longtemps à pratiquer cette opération.

Présentation de malade.

Hydarthrose chronique du genou guérie par le lavage antiseptique.

M. Terrillon présente une femme âgée de 28 ans, qui se plaignait depuis trois ans d'une hydarthrose chronique du genou droit. L'épanchement était considérable, la cavité très tendue, et on constatait au niveau du cul-de-sac sous-tricipital un épaississement très considérable et dur.

Un trocart enfoncé dans le cul-de-sac supérieur et externe de la synoviale donne issue à 200 grammes de liquide citrin. Plusieurs fois on introduisit dans l'articulation une pleine seringue d'eau phéniquée au trois centième. Chaque fois le liquide ressortait blanc, laiteux, avec des dépôts blanchâtres dus à la coagulation de l'albumine.

Cette manœuvre fut continuée jusqu'à ce que le liquide ressortît limpide. On avait usé ainsi près de 2 litres de solution.

Le genou fut comprimé avec de la ouate, et la malade mise au repos pendant dix-huit jours.

Soumise au chloroforme pendant l'opération. La malade eut pendant la journée des douleurs assez vives, et le soir une réaction violente, 39°.

Mais le lendemain, fièvre et douleurs avaient disparu complètement.

Vers le vingtième jour, elle commença à se lever; le genou était absolument sain, et le bourrelet fibreux constaté avant et après la ponction avait disparu.

Elle est guérie depuis plus de deux mois.

M. Terrillon rappelle que déjà il a eu neuf succès semblables dans des cas d'hydarthrose chronique simple du genou.

Discussion.

M. Reclus. En 1879, j'ai pratiqué une ponction pour une hydar-

throse aiguë du genou à une jeune fille. Après l'évacuation du liquide, j'ai fait un lavage abondant avec une solution phéniquée au cinquantième.

Après un mois, elle était complètement guérie.

M. Richelot. Je me suis servi dans le même but, et plusieurs fois, d'une solution phéniquée au vingtième, et j'ai eu de beaux succès. J'ai seulement constaté que je n'ai jamais retiré du liquide absolument clair, il était toujours blanc et coagulé.

M. Championnière. J'ai toujours constaté, après les arthrotomies antiseptiques que j'ai pratiquées pour les hydarthroses du genou, et que je préférerais volontiers au simple lavage antiseptique, une élévation brusque de la température le soir de l'opération. Mais cette réaction n'a pas de suites fâcheuses.

M. Bouilly. J'ai pratiqué aussi le lavage antiseptique pour des hydarthroses, mais j'ai échoué. Je crois que dans ces cas il y avait des corps étrangers, et qu'il faut faire une distinction entre les hydarthroses simples ou compliquées.

M. Terrillon. Je suis aussi de l'avis de M. Bouilly, et j'ai eu soin de dire que je n'avais employé ce moyen que dans les cas simples et chroniques. L'emploi de cette méthode tend à se généraliser, et bientôt nous pourrons faire un classement méthodique des indications formelles de ce mode d'intervention.

Présentation de pièces.

M. Routier présente deux pyo-salpingites enlevées par lui le matin même chez une jeune fille, à la Salpêtrière, dans le service de M. Terrillon.

Renvoyé à une commission (M. Terrillon, rapporteur).

La Société décide, par un vote, que les séances ne seront reprises que le 5 octobre.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,

Terrillon.

Séance du 5 octobre 1887.

Présidence de M. Lannelongue.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques des mois d'août et de septembre ;

2° *De la dilatation utérine* en *gynécologie*, par le Dr Fraipont, assistant à l'Université de Liège ;

3° *Mémoires et comptes rendus de la Société des sciences médicales de Lyon* (t. XXV, 1885) ;

4° *Mémoires couronnés par l'Académie royale de Belgique* (t. VIII, 1887) ;

5° *Bulletins et mémoires de la Société française d'otologie et de laryngologie* (1887) ;

6° M. le Dr Métaxas-Lany envoie deux exemplaires de sa thèse : *Des anaplasties secondaires,* pour le concours du prix Duval ;

7° *Annual Report of the Board of regents of the Smithsonian Institution.* Washington, 1886 ;

8° *Ueber die operation des mastdurmbruchs,* par le professeur Ed. Rose (de Berlin) ;

9° *Bibliographie des Sociétés savantes de la France,* par E. Lefèvre-Pontalis ; don de M. le ministre de l'instruction publique ;

10° Le programme du Congrès des Sociétés savantes pour 1888 ;

11° *Sarcome du bras; extirpation suivie un an après de la désarticulation de l'épaule,* par le Dr Boiteux (de Baume-les-Dames) (M. Le Dentu, rapporteur).

DISCOURS DE M. LANNELONGUE.

Messieurs,

Depuis votre dernière réunion, la Société de chirurgie a perdu un de ses membres les plus dignes, et la science de l'oculistique un de ses représentants les plus distingués.

Giraud-Teulon est mort à Saint-Germain, à l'âge de soixante-douze ans. A peine était-il reçu docteur en médecine, que ses connaissances spéciales en mathématiques, il était élève de l'École polytechnique, le portèrent vers l'ophthalmologie, où l'optique physique occupe une place si importante. Giraud-Teulon ne tardait pas à y aborder l'étude des problèmes les plus difficiles et les plus complexes, celui du fonctionnement de l'œil, par exemple. Il a publié des leçons magistrales sur le strabisme et la diplopie, un *Précis de réfraction et d'accommodation;* mais son œuvre la plus considérable et la plus originale est incontestablement le *Traité de la vision binoculaire.*

Giraud-Teulon a tenu très honorablement sa place dans la Société de chirurgie; il n'a jamais, il est vrai, abordé la tribune que pour les questions où il était compétent. Il y a toujours défendu ses opinions avec une très grande fermeté, celle que donne une conviction sincère, mais jamais notre collègue ne s'est départi d'une grande bienveillance et de beaucoup de courtoisie.

Giraud-Teulon a été un caractère plein de droiture et de grande honnêteté; la réclame et le bruit l'offensaient. Il a tous les droits à l'estime et aux regrets de la Société de chirurgie.

J'ai reçu en même temps la nouvelle de la mort d'un membre correspondant les plus distingués, M. Maunoury, de Chartres, et vous avez appris la fin de Langenbeck, membre associé étranger.

Suite de la discussion sur la désarticulation interscapulo-thoracique.

Traumatisme, par coup de feu, de l'aisselle gauche. — Désarticulation interscapulo-thoracique. — Mort, par E. Kirmisson.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt-sept ans, garde-chasse dans la forêt de Meudon, qui, le 23 août dernier, tenant son fusil par le canon, frappa si malheureusement son arme contre un tronc d'arbre, que les deux chiens s'abattirent, et que le malade reçut à bout portant la double

charge dans l'aisselle gauche. L'accident arriva à cinq heures du soir; une hémorrhagie formidable se produisit aussitôt, et le blessé fut apporté à neuf heures, à l'hôpital Necker, dans un état d'anéantissement profond. Je le vis le lendemain matin à huit heures et demie. La région axillaire est le siège d'une vaste plaie, à bords noirs et déchiquetés, au fond de laquelle on aperçoit le faisceau vasculo-nerveux et le biceps en partie déchiré. Une seconde plaie, moins large, mais présentant les mêmes caractères, existe dans la fosse sus-épineuse. En enfonçant le doigt dans la plaie antérieure, il est facile de reconnaître que les deux plaies communiquent directement l'une avec l'autre, et que tout le squelette de l'épaule, tête de l'humérus, omoplate, tiers externe de la clavicule, est absolument broyé. Le membre supérieur tout entier est pâle et livide, complètement froid et insensible; on ne sent de pulsation ni dans l'humérale, ni dans la radiale. En présence de cette vaste lésion du squelette, avec suppression de la circulation du membre, une seule intervention radicale était possible, la désarticulation interscapulo-humérale. Mais l'état général du malade, aussi bien que l'hypothermie, 36°,2, contre-indique pour le moment une aussi grave opération. Je me contentai donc de placer par prudence un fil de catgut sur l'artère axillaire, le plus haut possible, après avoir débridé la plaie par en bas et relevé le bord inférieur du grand pectoral. Je réunis ensuite par un gros drain les deux plaies d'entrée et de sortie; je lavai abondamment la cavité avec la solution phéniquée forte, et je fis un pansement iodoformé.

Le soir, à 5 heures et demie, je revins voir le malade; la température s'était élevée dans la journée à 38°,2; elle était actuellement à 37°. En dépit des pansements antiseptiques qui avaient été faits par moi le matin même, et la veille par M. Rollin, interne du service, auquel je dois les détails de cette observation, la plaie exhalait une fort mauvaise odeur, des eschares commençaient à se former sur le bras qui donnait à la pression la sensation de la crépitation gazeuse. Me souvenant du cas heureux communiqué par M. Lucas-Championnière à la Société de chirurgie, je me décidai à tenter les chances d'une intervention, plutôt que de laisser le malade périr de septicémie aiguë. Le malade étant endormi, je me mis en devoir de pratiquer la désarticulation interscapulo-humérale, en me conformant aux préceptes qui ont été formulés dans le mémoire de M. Berger. D'abord, section de la clavicule au niveau de son tiers interne, puis, double ligature de la veine et de l'artère sous-clavière, et section de ces vaisseaux entre les deux ligatures. Je fis ensuite très vite et avec la plus grande facilité la désarticulation interscapulo-humérale, au moyen d'une incision, suivant d'abord la clavicule, puis le bord du trapèze, contournant en arrière le moignon de l'épaule, intéressant le deltoïde, puis contournant le bras et regagnant la paroi antérieure de l'aisselle. Le dernier temps consista dans l'isolement du bord spinal de l'omoplate qui fut enlevé avec tous ses muscles. L'opération tout entière ne causa qu'une très minime perte de sang, 100 grammes au plus, et fut faite, je le répète, avec une extrême facilité. Malheureusement cette tentative opératoire ne fut

point couronnée de succès. A peine l'opération fut-elle terminée que le malade, réveillé, présenta une anxiété respiratoire extrême ; il se cyanosa, et, en dépit de tous les moyens employés pour exciter la respiration, il succomba au bout d'une demi-heure.

J'ai cru de mon devoir de faire connaître ce fait malheureux, parce que si, malgré tous mes efforts, je n'ai pu sauver mon malade, du moins c'est là une observation qui démontre une fois de plus l'excellence du procédé opératoire que j'ai suivi.

M. Després. Ces faits de désarticulation pour traumatismes sont plus rares et plus graves que ceux où cette opération est pratiquée pour des tumeurs.

Dans les traumatismes, la mort est la règle, surtout quand il y a emphysème traumatique. Cet accident était considéré autrefois comme une contre-indication à l'intervention.

M. Kirmisson. Cependant il y a eu des succès même dans ce cas, témoin le fait de M. Le Dentu et d'autres.

M. Després. Ces succès tiennent, selon moi, à ce fait qu'on a confondu ensemble deux variétés d'emphysème : l'un est dû à la pénétration de l'air par un effet purement mécanique et est bénin; l'autre, qui est le fait du développement spontané des gaz, est toujours mortel, car il indique une décomposition rapide du sang et des liquides.

Enfin, j'ajouterai que cette désarticulation réussit presque exclusivement chez les jeunes gens.

Pour ce qui est du manuel opératoire, je rappellerai que j'ai indiqué le procédé tel que MM. Berger et Farabeuf l'ont décrit dans un mémoire lu à l'Académie des sciences en 1882, suivi d'un rapport par M. Gesselin. Il est consigné aussi dans la thèse de Languenhagen.

1er *temps*. Ligature double de l'artère sous-clavière.

2e *temps*. Incision en raquette pour circonscrire un lambeau.

3e *temps*. Dissection du lambeau supérieur sans se servir de la plaie faite pour la ligature.

4e *temps*. Section de la clavicule vers sa partie moyenne.

5e *temps*. Ligature de la veine axillaire.

6e *temps*. Désarticulation.

M. Berger. Ce cas est le troisième où l'amputation totale du membre supérieur avec l'omoplate ait été pratiquée pour un coup de feu.

Le premier cas manque de détails précis : le deuxième, celui de Gaëtani-bey, concernait un jeune homme qui avait eu le membre

supérieur arraché par l'explosion d'une bouche à feu. L'amputation interscapulo-thoracique comporte en effet un pronostic bien plus favorable quand elle est pratiquée par un arrachement du membre, que dans le cas de brisement où l'attrition des parties expose à toute espèce de complications.

L'emphysème, spontanément développé à la suite d'une lésion semblable, est assurément d'un pronostic grave ; j'ai pourtant vu des blessés atteints de cette complication et chez lesquels la conservation du membre a pu réussir.

Pour ce qui est du manuel opératoire de l'amputation, c'est à Langenbeck que revient l'honneur d'avoir le premier, en 1860, lié l'artère sous-clavière préalablement à l'amputation. Depuis lors, cette ligature préalable a été pratiquée en règle générale par M. Després et par tous les autres chirurgiens, mais elle est insuffisante à elle seule, ainsi que le prouve l'observation même de M. Després qui a vu se produire l'entrée de l'air dans la veine sous-clavière. C'est pour éviter ce danger que j'ai pratiqué et proposé, comme règle absolue à suivre, la ligature de l'artère et de la veine sous-clavière, après résection de la partie moyenne de la clavicule, comme premier acte et, en quelque sorte, comme opération préliminaire à l'opération elle-même. Mon procédé diffère donc essentiellement de celui de M. Després; il s'en distingue encore en ce que notre collègue fait, pour lier la sous-clavière, une incision absolument ndépendante de celle qui lui sert pour l'amputation elle-même, et que cette dernière, M. Després la pratique en arrière, attaquant l'interstice pectoro-scapulaire par sa partie la plus profonde et la moins facilement accessible.

M. Després ne lie que l'artère, ce qui est incomplet et insuffisant, car l'hémorrhagie par la veine est la plus gênante et la plus redoutable.

Enfin, M. Després fait deux incisions, une spéciale pour la ligature, ce qui complique singulièrement la gravité de l'opération et inutilement.

M. Le Dentu. J'ai présenté au congrès pour l'avancement des sciences, en 1878, un cas d'amputation de l'épaule nécessitée par un emphysème septique. Le malade guérit.

Donc, je crois et je soutiens, que cette complication n'est pas une contre-indication absolue à l'opération radicale. Et cependant chez mon opéré il y avait des taches brunes, des traînées livides le long des vaisseaux, indices certains de l'infection locale.

M. Segond. En 1871, à l'hôpital Necker, j'ai fait une amputation chez un homme de 30 ans, pour une brûlure profonde au creux poplité. Il y avait gangrène du pied, emphysème dans la cuisse et

la légion inguinale remontant même jusque vers l'ombilic. Le résultat fut parfait et mon malade fut sauvé. Ici, je fis une amputation circulaire à la racine de la cuisse, sans faire de réunion, car les lambeaux étaient déjà envahis.

M. Poncet. Les éclats d'obus sont la cause la plus ordinaire de ces accidents, emphysème traumatique, choc traumatique et gangrène rapide.

L'emphysème bénin, purement mécanique, est fréquent et ne présente aucun inconvénient.

L'emphysème spontané, par décomposition, est toujours très grave.

M. Kirmisson. La discussion est déviée, car on parle maintenant des variétés d'emphysème, alors que nous ne devons parler que de la désarticulation de l'épaule. Or, le procédé de M. Després n'est nullement celui de MM. Berger et Farabeuf.

Rapport

Sur un travail du Dr Routier, intitulé : *Nouveau cas de rétrécissement généralisé du système artériel causé par l'endartérite.*

Rapport par M. Ed. Schwartz.

L'histoire de l'artério-sclérose et de ses conséquences au point de vue chirurgical est encore assez peu connue pour que tout document concernant ce sujet soit le bienvenu, surtout quand il réunit, comme celui que nous fournit notre collègue, les conditions de scrupuleuse et judicieuse observation.

Voici le fait dont il nous lisait les détails dans une de nos séances; je le résumerai aussi exactement que possible.

Un homme de 59 ans, nègre, Saïd-L.-Joseph, opéré il y a 10 ans d'une double cataracte, à la suite de quoi il a perdu la vue par penophtalmie, sans antécédents syphilitiques, ni alcooliques, a été atteint dès février 1886 d'un ulcère de jambe qui l'a amené dans le service de notre collègue Peyrot, à Bicêtre. A cette époque, il ressentait déjà des douleurs lancinantes et intermittentes dans le deuxième orteil gauche où se formait une phlyctène qui venait pour donner lieu à une petite ulcération qui guérit par le simple repos, comme l'ulcère de jambe, si bien que le malade put quitter l'infirmerie. Malgré tout, les douleurs continuèrent et depuis un mois elles ont beaucoup augmenté, empêchant le patient de dormir pendant la nuit pour se calmer un peu dans

la journée. En même temps se manifestèrent des signes de gangrène non équivoques, à la suite desquels on enleva la phalangine et la phalangette du deuxième orteil.

Pendant que le mal évoluait à gauche, il n'épargnait pas le pied droit qui devint aussi le siège de vives douleurs mais sans manifestations gangréneuses; toute souffrance disparut après l'apparition de nombreuses phlyctènes purulents sur le dos du pied et l'extrémité inférieure de la jambe.

Voici quel était l'état actuel de S.., le 16 juin 1886, quand M. Routier prit le service : Le malade est dans un état général relativement satisfaisant. Quant à l'état local, le pied gauche présente une portion gangrenée à la racine du second orteil, dont la première phalange pointe au milieu des tissus morts; la gangrène est plutôt humide que sèche; l'odeur, tout en étant assez forte, n'est pas infecte. Le 3e orteil présente sur son dos une plaque de gangrène sèche. Tout le pied est en entier tuméfié et douloureux. La peau a pris un aspect lisse et tendu. Au niveau du tiers inférieur de la jambe s'observe une plaque d'épiderme soulevé par du pus. Douleurs violentes et lancinantes dans le membre empêchent le sommeil. Sensibilité partout excepté autour des points sphacélés du 2e orteil. Le pied droit présente des phlyctènes contenant un liquide séropurulent; mais pas de gangrène; la sensibilité et la chaleur sont conservées. De ce côté aussi douleurs violentes.

Le sphacèle envahit du côté du pied gauche tous les orteils, dans l'espace d'une quinzaine de jours pour se limiter ensuite, tandis que du côté droit les lésions déjà existantes tendent vers la guérison. Mais l'état général baisse; le malade maigrit, a une forte diarrhée, une température élevée, pas d'appétit. Pas de sucre dans les urines, mais un léger nuage albumineux; de telle sorte que notre collègue voyant la lésion se circonscrire, la santé générale péricliter tout en restant encore suffisante pour permettre d'intervenir, se décida à l'amputation de la jambe au lieu d'élection le 16 juillet 1886.

Toutes les précautions antiseptiques furent prises; tout se passa dans les règles; on fit l'amputation à 2 lambeaux antérieur et postérieur; et on appliqua un pansement iodoformé et phéniqué sur la plaie réunie en crin de Florence et dûment drainée. La température de l'opéré s'abaissa immédiatement après à 35°,6 pour remonter le soir. Tout allait à souhait du côté de la plaie opératoire, quand quelques jours après l'amputation, le pied droit devient le siège des mêmes phénomènes que le gauche. De ce dernier côté, la réunion se fait à peu près complète, si ce n'est au niveau du trajet des drains; mais à droite les douleurs violentes et lancinantes continuent en même temps que se montre du sphacèle d'abord des orteils, puis de la moitié extérieure du pied. L'état général s'aggrave, la langue devient sèche, la bouche fuligineuse; enfin, l'opéré succombe le 22 août, un peu plus d'un mois après le progrès du mal, dans l'adynamie la plus complète. Pendant les derniers temps de son existence, il a été examiné au point de vue de l'état de son système artériel. Les battements sont faibles dans les artères des membres supérieurs et du cou; il est assez

difficile de les trouver dans les fémorales ; c'est à peine si on les perçoit dans les poplités, et on ne les retrouve plus ni dans la pédieuse ni dans la tibiale postérieure. Léger souffle aortique au niveau de la base du cœur et au second temps.

A l'autopsie, on trouve une congestion pulmonaire hypostatique marquée ; aucune lésion appréciable des autres viscères ; toute l'attention se porte sur le système circulaire, et en particulier sur les artères. Le cœur est à peu près normal, comme volume, flasque et mou. L'aorte n'est pas rétrécie ; elle présente çà et là des plaques d'athérome à sa face interne ; sa paroi est épaissie et plus résistante que d'ordinaire. Pour le reste du système artériel, la paroi est augmentée d'épaisseur et la lumière des vaisseaux diminuée de calibre, peu du côté des carotides et des artères des membres supérieurs, plus du côté des artères des membres inférieurs.

Le calibre des fémorales n'est plus que de 4 à 5 millimètres ; celui des poplités de 3 en moyenne, la poplité du côté amputé est notablement plus petite que l'autre ; on a omis d'examiner les vaisseaux de la jambe amputée, ce qui eût présenté quelque intérêt au point de vue du mécanisme de la gangrène ; du côté sphacélé, la tibiale antérieure est très rétrécie, la pédieuse presque tout à fait oblitérée. L'examen anatomique montre, et un bon dessin nous renseigne bien à cet égard, que c'est surtout la tunique interne qui est épaissie; la tunique moyenne semble au contraire atrophiée, tandis que l'externe est de nouveau plus épaisse que normalement ; ces lésions se voient surtout sur la pédieuse dont le calibre est tout à fait obstrué par une thrombose étendue à presque toute sa longueur. La poplité gauche (côté amputé) est solidement oblitérée par un caillot organisé qui fait corps avec la tunique interne hypertrophiée. On observe çà et là dans tout le système, notamment dans les fémorales, des points plus ou moins nombreux d'athérome. En somme, il s'agit d'une endépériostérite étendue à tout le système artériel ayant abouti au rétrécissement par épaississement scléreux et à l'oblitération par thrombose de certains territoires vasculaires aux foyers multiples de dégénérescence athéromateuse.

Il eût été important d'examiner microscopiquement le foie, les reins; or, il est très rare que ces viscères ne soient pas atteintes dans ces cas de lésions aussi étendues du système astériel, d'autant plus que, les urines étaient légèrement albumineuses.

Telle est résumée dans ses points importants l'observation du docteur Routier. Il nous semble incontestable qu'il se soit trouvé en présence d'une lésion généralisée consistant dans une endopériartérite aux foyers disséminés d'arthéromes et il est incontestable encore que la gangrène doit être mise sur le compte de l'obstacle à la circulation apporté par un tel état pathologique, aboutissant en certains territoires au rétrécissement, voire même à l'obstruction presque complète.

Notre collègue recherche à quelle cause peut être attribuée cette lésion généralisée du système artériel; il exclut la syphilis, l'alcoolisme, et il a trouvé pour cause étiologique l'âge, 59 ans, relativement peu avancé du sujet.

Or, les altérations de l'endartère et du périartère reconnaissent encore d'autres causes, que nous aurions voulu voir rechercher et mentionner, l'arthritisme, l'impaludisme, le saturnisme, comme l'a bien montré Duplay dans une bonne revue publiée dans les *Archives de médecine*, 1885. Réunis ou isolés, tous ces états dyscrasiques engendrent la sclérose qui, en retour, ne fait elle-même que les influencer fâcheusement. Un fait, néanmoins, nous frappe à la lecture des observations, c'est que nous avons affaire à un individu qui a été opéré d'une double cataracte il y a dix ans, cette altération du cristallin symétrique, sur la nature de laquelle nous ne sommes d'ailleurs pas plus amplement renseignés, nous permet néanmoins de douter de l'excellence de l'état général du malade, qui nous paraît offrir le tableau d'une sénilité précoce probablement amenée par les privations de toutes sortes et une vie misérable. En un mot, il nous semble que, pour admettre une altération pour ainsi dire idiopathique du système artériel, il nous faudrait un examen des antécédents, peut-être plus précis et plus complet que celui qui nous a été communiqué.

M. Routier, se demandant quelle était la nature de l'altération généralisée des artères, admet avec raison une endartérite avec périartérites scléreuses; nous aurions préféré le mot d'artériosclérose qui n'implique aucune idée préconçue sur la marche du processus, celui-ci pouvant aussi bien être la conséquence d'une dégénérescence organique que d'une inflammation proprement dite; mais, là où nous sommes en désaccord avec lui, c'est lorsqu'il cherche à séparer catégoriquement l'athérome du tableau anatomo-pathologique et à faire de la sclérose, qu'il a trouvée, une lésion spéciale qui s'en distingue absolument. Certes, pas plus pour nous que pour lui, l'athérome n'est la cause de la gangrène du sujet de l'observation puisqu'il n'y avait que des points disséminés athéromateux dans toutes les grosses artères; ce qui a amené la dystrophie d'abord, le sphacèle ensuite des deux membres c'est la lésion artérielle, résultat elle-même d'une dyscrasie qu'il nous a été impossible de préciser; cette lésion artérielle aboutit à la sclérose d'une part, de l'autre, avec ou sans son intermédiaire à la dégénérescence athéromateuse; mais sclérose et athérome sont les deux résultantes d'une altération initiale de l'endartère et peut-être du périartère, rien d'étonnant, par conséquent, de les trouver réunies, avec prédominance, il est vrai, de l'une d'elles; la sclérose et l'athérome sont secondaires. Il est certain que dans

tous les cas analogues, les troubles trophiques observés et finalement la gangrène sont le résultat aussi bien du rétrécissement et de l'oblitération des vaisseaux, du changement de consistance et de contractilité de leurs parois, que de l'altération du liquide nourricier lui-même dont les conditions mécaniques de la circulation sont modifiées considérablement par l'atrophie de la tunique moyenne. Nous ne voulons pas nous engager plus avant dans cette étude de physiologie pathologique obscure et complexe qui aboutit à la mort des éléments, après des oscillations et des fluctuations variables, que nous voyons se produire plus ou moins souvent. Il nous semble plus profitable de discuter la question au point de vue chirurgical proprement dit, de l'intervention et de ses dangers. Tous les auteurs ont signalé les dangers des amputations faites dans ces conditions, et la gangrène ascendante du moignon qui suit l'opération, même lorsque le sphacèle semble limité; nous n'y insisterons donc pas, non plus que sur les difficultés de l'hémostase, lorsque les artères sont athéromateuses; sur son efficacité, lorsque au contraire il n'y a que de la sclérose, tout le monde sait que, dans certains cas, comme dans celui, par exemple, qu'a présenté à la Société de chirurgie notre collègue Terrillon, toute ligature est inutile, le rétrécissement et l'oblitération ayant atteint un degré tel, que tout jet artériel est supprimé; mais nous désirons mettre en relief un fait qui nous a frappé et qui mérite d'être mis en ligne de compte dans le pronostic des amputations ou autres opérations pratiquées dans ces conditions, nous voulons parler du développement et de la marche rapide de la gangrène du côté opposé à celui qui a subi le traumatisme opératoire. Que voyons-nous dans le fait de M. Routier : il y a, avant l'amputation, des troubles trophiques sérieux, des phlyctènes purulentes, de petites eschares superficielles sur la jambe et le pied droit; mais ces lésions tendaient vers la guérison avant l'amputation de la jambe gauche. Celle-ci est pratiquée le 16 juillet et, dès les jours suivants, des altérations graves se montrent à droite ; le pied est envahi par le sphacèle qui gagne rapidement en même temps que l'état général s'altère, tandis que la plaie opératoire suit une évolution relativement satisfaisante et que le lambeau est réuni, sauf au niveau du trajet des drains. Nous avons pu observer nous-même un fait presque analogue que nous vous demandons la permission de résumer.

Il s'agissait d'un homme de 57 ans, franchement alcoolique, atteint d'un phlegmon gangreneux de la plante du pied gauche, consécutif à un mal perforant qui avait détruit la plupart des articulations métatarso-phalangiennes. Absolument rien du côté droit; il présentait tous

les signes d'une dégénérescence athéromateuse et scléreuse généralisée du système artériel; après avoir essayé d'enrayer la marche du mal par les pansements antiseptiques, les cautérisations, nous nous décidâmes, bien à contre-cœur, à l'amputation de la jambe, au lieu d'élection. Celle-ci se passa sans incidents notables, il n'y eut pas de gangrène du moignon malgré une altération très étendue et très profonde des artères du membre amputé qui étaient sclérosées et athéromateuses, mais quatre à cinq jours après l'opération, apparaissait à la plante du pied droit une vaste phlyctène remplie de liquide noirâtre, qui se creva et montra le derme sphacélé dans une grande étendue; la gangrène fit des progrès rapides et l'opéré succombait six semaines après l'opération dans la cachexie la plus complète. Vers la fin, le lambeau qui recouvrait les os s'était peu à peu altéré et avait mis les extrémités osseuses du moignon à découvert. Il ne nous fut malheureusement pas donné de faire l'autopsie.

Nous avons pu recueillir un troisième fait de même nature, et qui est d'autant plus intéressant que la gangrène, suite d'artérite oblitérante, siégeait aux deux membres supérieurs. Il est rapporté par Will dans *Berliner Klinische Wochenschrift*, n° 167, 1886 :

Il s'agissait d'un homme de 52 ans, berger, qui, quatre semaines environ avant son entrée à l'hôpital, vit apparaître sur le médius gauche des phlyctènes sanguinolentes ; on fit la désarticulation du doigt gangrené; mais celle-ci ne se limita pas, tout en ne faisant que des progrès très lents; par contre, après l'opération, la main droite se prit aussi et la gangrène gagna rapidement l'avant-bras, si bien que, quatre semaines après son entrée, le patient succombait à la septicémie. L'autopsie montra une endartérite scléreuse avec athérome disséminé des artères des membres supérieurs. Pendant la vie, il avait été impossible de percevoir le pouls des artères radiale et cubitale d'aucun côté; ces vaisseaux donnaient, au palper, la sensation de faisceaux rigides et fibreux; il n'y avait aucun bruit de souffle au cœur, qui parut relativement sain à la nécropsie, ainsi que l'aorte. Les artères des membres inférieurs étaient malades aussi, mais moins que celles des bras. Rien de plus dans cette observation au point de vue étiologique.

Voilà donc trois faits où, presque aussitôt après une amputation, avec ou sans gangrène consécutive des lambeaux, chez des individus atteints d'artériosclérose et d'athérome plus ou moins généralisés, éclate quelques jours après l'intervention du chirurgien, une gangrène du membre du côté opposé. Faut-il voir, dans cette manifestation une simple coïncidence? Nous ne le pensons pas et nous sommes convaincu que l'ébranlement produit par une opération grave, et la réaction qui la suit, sur un système circulatoire en mauvais état a été, sinon pour tout, au moins pour beaucoup,

dans l'explosion des accidents du côté conservé, qui était lui-même en imminence de gangrène. Heureusement cela n'est pas la règle et doit dépendre de l'altération plus ou moins avancée et étendue du système artériel et de l'état dyscrasique dans lequel se trouve le sujet. C'est donc dans le diagnostic de ces conditions, basé sur l'examen des artères accessibles à nos explorations sur les troubles déjà subis par les territoires qu'elles irriguent, basé sur l'état des principaux viscères (cœur, foie, rate, reins, poumons, etc.) que résidera la question principale pour le clinicien. Il devra savoir que, dans ces circonstances, il s'expose non seulement à une gangrène du moignon, mais encore à une évolution beaucoup plus rapide ou même à l'apparition des troubles trophiques du côté opposé encore intact, au moins en apparence. Nous aurions voulu vous présenter plus de faits à l'appui de cette manière de voir : mais nos recherches dans les livres classiques et les publications que nous avons parcourus n'ont pas été plus fructueuses.

Nous espérons que nos collègues, et en particulier ceux qui ont pratiqué et pratiquent encore dans les hospices de vieillards, contribueront à la confirmer.

Quoi qu'il en soit, c'est assez dire combien l'intervention chirurgicale doit être prudente et réservée. Pour en revenir au fait du Dr Routier, l'amputation qu'il a pratiquée, en s'entourant de toutes les conditions d'une bonne antisepsie, nous paraît suffisamment justifiée par les accidents généraux qui paraissaient devoir rapidement emporter le malade et la limitation du sphacèle. Malheureusement l'état des artères, en général, et du membre opposé, en particulier, qui était déjà atteint, lors de l'opération, de troubles trophiques graves, la dyscrasie, étaient tels que la gangrène est devenue symétrique, et que l'état général n'a fait que s'effondrer de plus en plus.

Dans le fait que nous a rapporté notre collègue, le Dr Le Dentu, les choses se sont passées presque identiquement, quoique à une plus longue échéance, tandis que le cas de Terrillon, où l'artériosclérose s'était traduite par une claudication intermittente, puis par de la gangrène, s'est terminé après l'opération par la guérison.

En terminant, nous vous proposons, Messieurs, d'adresser des remerciements au Dr Routier pour son intéressante observation, et, comme elle est contenue dans ses principaux détails dans notre rapport, de la déposer dans nos archives.

Communication.

De la réunion primitive dans le traitement des fistules à l'anus,

Par M. le Dr Quénu.

La question de la réunion primitive dans le traitement de la fistule à l'anus présente une certaine actualité; si quelques jeunes chirurgiens l'ont tentée depuis peu, ils ne nous ont encore fait connaître ni leurs résultats ni leurs procédés. En Amérique, au contraire, la réunion primitive est pratique courante : nous tenons le fait du Dr Allen, et du reste le professeur Smith ne vient-il pas de publier toute une leçon sur ce sujet dans le *Medical Record* de New-York (juin 1886), et il cite parmi ses partisans des hommes tels qu'Emmet, Lange, Weir, etc. La plupart ont opéré sans connaître les travaux des autres et ont imaginé de toutes pièces leur procédé ; c'est un peu ce que nous avons fait nous-même. Pourtant l'idée n'est pas nouvelle, elle était venue au milieu de ce siècle, à l'esprit d'un chirurgien français, chercheur par excellence : j'ai nommé Chassaignac.

En effet, on lit dans les Leçons sur l'écrasement linéaire publiées en 1856, que le samedi 24 avril 1852, à l'hôpital Saint-Antoine, Chassaignac essaya d'obtenir la réunion par première intention immédiatement après l'opération de la fistule à l'anus.

Pour cela, il commença par une sorte de décortication de la surface granuleuse, par substituer au trajet, un plan à deux parois susceptibles de se juxtaposer exactement au moyen de la suture ; il « pela » en quelque sorte toute la surface de la solution de continuité, après incision de la fistule comme à l'ordinaire, puis il appliqua des sutures qu'il serra fortement. Cette tentative réussit-elle? fut-elle suivie de plusieurs autres? L'auteur n'en dit rien, et nous sommes autorisés à conclure pour la négative, car Chassaignac mentionne cet essai, mais plaide pour le traitement par l'écrasement linéaire. Et d'ailleurs pouvait-il réussir? voyez les jugements qu'il porte contre l'incision et surtout l'excision; il nous montre comme toujours menaçants « l'hémorrhagie, l'érysipèle, la phlébite, l'infection purulente ». C'est pour parer à ces mêmes dangers qu'on retrouve dans les thèses et mémoires, d'innombrables « nouveaux procédés » dont bien peu ont survécu.

Mais, aujourd'hui, nous sommes maîtres de notre hémostase, grâce aux pinces à forcipressure; nous sommes maîtres des complications, grâce à l'antisepsie; nous pouvons donc nous déterminer plus librement dans le choix de notre procédé.

Si donc la méthode de la réunion primitive dans les fistules à l'anus n'est pas nouvelle, nouvelles sont les conditions dans lesquelles on l'applique.

Voici quelle a été notre conduite opératoire : je diviserai les neuf malades opérés en deux groupes : les uns n'avaient que des trajets fistuleux ; les autres avaient des trajets avec cavités. Cette distinction me paraît capitale, elle a été faite par Smith et probablement par beaucoup d'autres. D'ordinaire, la fistule réduite à un trajet suppure peu, la lésion s'est pour ainsi dire circonscrite : vous pouvez enlever tout le trajet, il vous reste après excision une plaie bien avivée, régulière, peu anfractueuse, et quelle que soit la hauteur de l'orifice interne.

Au contraire, dans les cas de fistules avec cavités, l'étendue et l'irrégularité de celles-ci viennent, le long de la plaie opératoire, échelonner des surfaces *en escalier*, difficiles à adapter, futurs petits clapiers pour les liquides, futures menaces de désunion, sans compter que si le décollement en surface est peu limité, on est obligé de laisser là l'excision et de se contenter du grattage.

Envisageons le cas le plus simple avant l'opération.

On doit préparer le terrain opératoire, tâcher qu'il soit et qu'il demeure après l'opération aussi aseptique que possible.

Pour cela, il faut vider l'intestin; on pourra ordonner 25 grammes d'huile de ricin deux jours avant l'intervention, et un grand lavement simple la veille. Nous nous assurons, avant de commencer, qu'il ne reste pas de matières dans l'ampoule rectale. Le périnée a été rasé et le malade porte depuis vingt-quatre heures un pansement boriqué.

La résolution chloroformique obtenue, nous procédons au premier temps : il s'agit d'une véritable opération anaplastique, le premier temps est un temps d'avivement, le deuxième temps est un temps de suture.

Temps d'avivement. — Le plus simple est de faire l'incision de la fistule comme dans le procédé ordinaire, puis d'exciser les parois de la gouttière ainsi obtenue, de les *peler*, comme dit Chassaignac. Lorsque la fistule est sous-tégumenteuse, on peut procéder plus rapidement et imiter la conduite d'un de nos maîtres, le professeur Richet qui traitait toujours ses fistuleux par l'excision : la sonde cannelée passée dans le trajet, on la saisit avec une pince de Museux à travers les téguments et on emporte le trajet tout entier de quelques coups de bistouri. L'excision faite, le rectum se trouve fendu dans une certaine hauteur, il est commode alors d'appliquer une pince à pression sur chaque petit lambeau rectal, on les écarte ainsi facilement et l'hémostase devient aisée. Il est remarquable.

du reste, que, à l'encontre de ce que beaucoup d'auteurs ont écrit, ces plaies saignent peu, alors même qu'elles ont intéressé des ampoules variqueuses : un ou deux catguts, parfois la simple compression en ont eu raison.

Nous arrivons au deuxième temps.

Temps de suture. — Les sutures doivent être les unes à l'intérieur du conduit ano-rectal, les autres du côté du périnée : j'ai toujours employé pour les premières du gros catgut (nº 3 ou 4) pour les secondes du fil d'argent un peu gros.

Je commence par les sutures ano-rectales ; pour les faire aisément, il est bon d'introduire dans le rectum une valve de Sims, la plaie est protégée contre l'invasion possible de mucosités rectales, au moyen de quelques tampons de ouate.

Les sutures s'appliquent de haut en bas, quelles qu'elles soient, rectales ou périnéales, voici comment il importe d'opérer : de simples points d'une lèvre à l'autre seraient ici insuffisants, il faut à tout prix effacer toute cavité et obtenir un adossement parfait. Pour cela, enfonçant une aiguille de Reverdin courbe à une petite distance d'une des lèvres de l'incision, on conduit l'aiguille dans un plan parallèle et sous-jacent à la surface cruentée ; jamais vous ne devez voir l'aiguille dans la plaie même, elle doit ressortir à travers l'autre lèvre sans s'être montrée. En un mot, on applique tous les points de suture comme les points profonds d'une périnéorraphie. Les fils noués, on retire le spéculum et on procède de la même manière à la réunion périnéale, en ne craignant pas de serrer fortement les fils d'argent : deux ou trois fils superficiels sont parfois nécessaires pour parfaire l'affrontement.

Le choix du pansement est capital, il doit être facile à changer, car, chez certains malades, malgré la constipation obtenue par l'opium, l'issue des gaz entraîne souvent quelques glaires qui obligent à renouveler le pansement; il doit être peu irritant et antiseptique. Les tampons d'ouate iodoformés, préparés avec l'éther iodoformé et bien débarrassés d'iode, remplissent parfaitement toutes ces conditions. L'iodoforme sec est peu irritant pour la peau, les érythèmes qu'on observe se voient surtout lorsque la plaie suinte et humecte l'iodoforme, ou encore quand on recouvre la gaze iodoformée d'un pansement humide. Donc, un large tampon iodoformé dont l'extrémité est légèrement introduite dans le rectum contre les sutures au catgut, par-dessus une couche d'ouate phéniquée, un imperméable et un bandage en T, voilà les pièces du pansement.

Le traitement consécutif est fort simple, il consiste à condamner les malades au lait et au bouillon pendant une semaine et à leur

administrer chaque jour 2 à 3 pillules d'extrait thébaïque de 25 milligrammes. Par suite de ce régime, les malades arrivent à n'aller à la selle que huit ou dix jours après l'opération. Il est important de ne pas enlever les points de suture avant cette première défécation, qu'il faut d'ailleurs faciliter au moyen d'un lavement glycériné.

Le dixième ou onzième jour, on peut enlever les points de suture; souvent on observe, à la place des fils d'argent, un véritable sillon qui se cicatrise en un ou deux jours. Insistons encore sur l'importance des soins de propreté : suppose-t-on une légère souillure de la plaie; il faut s'en débarrasser au moyen d'une irrigation faite doucement avec un peu d'eau boriquée.

Lorsque les trajets fistuleux se compliquent de décollements et de cavités, l'opération est des plus laborieuse, il faut exciser chaque trajet, ouvrir les décollements, gratter ce qu'on ne peut exciser, réséquer les portions de peau rouges ou amincies. Alors on se trouve en présence d'une plaie anfractueuse dont le fond est vallonné et dont la réunion offre de réelles difficultés.

Vous pouvez vous convaincre, en parcourant la communication de Smith, que le plan général de l'opération est à peu près le même. Quelques différences méritent cependant d'être relevées.

Smith se sert de soie phéniquée ou de catgut préparé à l'acide chromique : le fil d'argent nous paraît mieux se prêter à une réunion étroite des plans périnéaux.

Smith se sert du même fil et de 2 aiguilles pour faire toute sa suture; il fait le point de sellier. Nos sutures ont été faites à points séparés. De plus nous n'employons pas de drain; l'usage du drain indique bien que l'auteur américain ne conduit pas ses fils, comme dans les périnéorraphies, mais qu'il les passe d'une tranche à l'autre. Il explique très bien, du reste, qu'il réserve la suture à points séparés et passés autour du trajet (around) aux cas où une cavité complique le trajet fistuleux. Nous sommes d'avis que cette dernière suture est celle qui donne le plus de chances de réunion et si elle peut faire le plus, elle doit faire le moins.

Telle est la méthode que nous avons suivie; permettez-moi de vous détailler les résultats obtenus chez nos neuf opérés.

Chez six d'entre eux, la réunion primitive a été obtenue au bout de dix ou douze jours; chez un malade, la fistule, complexe, s'est réunie complètement du côté de l'anus et la réunion n'a manqué qu'à l'extrémité opposée, dans l'étendue de 2 centimètres, dans le point qui justement correspondait à une cavité. Le quinzième jour, il ne restait plus qu'une petite plaie, presque de niveau, séparée de l'anus par une ligne de sutures bien réunies. Chez un malade dont la fistule présentait trois décollements étendus, les décollements

périnéaux et fessiers se sont réunis par première intention, le décollement rectal s'est réuni secondairement. Chez une seule malade, enfin, un peu de gonflement et de suppuration ont obligé à couper les fils le troisième jour ; la malade s'est trouvée en somme dans les conditions d'une opérée par excision et la cicatrisation a suivi son cours ordinaire. En résumé, sur neuf cas, nous relevons une série de sept succès dont un incomplet, et une série de deux insuccès dont un incomplet. Tel est le résultat brut; il convient de serrer les choses d'un peu plus près.

Des malades de la première série, le premier, un homme de 42 ans, portait un trajet sous tégumentaire, long de 4 centimètres et probablement d'origine phlébitique. Le sujet était alcoolique. Sept points d'argent et deux de catgut furent appliqués. Le malade sortit guéri de l'hôpital, le douzième jour; il fut revu quatre semaines après.

Le deuxième malade, âgé de 33 ans, tousse depuis 1880; sa fistule, qui date de 1881, remontait à 3 centimètres dans le rectum. Nous avons mis deux catguts et quatre fils d'argent.

Malgré un écoulement glaireux incessant, la réunion fut parfaite dès le douzième jour et s'est maintenue depuis.

Le troisième malade est une femme de 42 ans, atteinte d'une affection mitrale et de tubercules pulmonaires; le trajet fistuleux était court et ne nécessita que deux points rectaux et quatre périnéaux. Le dixième jour, la malade fut prise de diarrhée et d'épreintes continuelles. Le fil d'argent voisin de l'anus ayant coupé les tissus, je craignis que les efforts incessants ne désunissent les autres points de suture, et je repassai un fil d'argent près de l'anus. Le quinzième jour, la réunion était définitive.

Le quatrième malade, âgé de 35 ans, un hémorrhoïdaire, fut opéré le 8 septembre avec trois sutures au catgut et trois fils d'argent. La réunion était définitive le 19 septembre.

Le cinquième malade, âgé de 38 ans, sans signes manifestes de tuberculose, présentait un trajet fistuleux remontant à 5 centimètres dans le rectum, et un abcès le long du trajet. Le décollement rectal était tel, qu'il fallut se contenter d'un grattage avec la curette. Trois fils rectaux et cinq périnéaux furent appliqués le 8 septembre. Le 19, les fils furent retirés; trois jours après, la réunion était parfaite, et le 22, le malade quitta l'hôpital.

Le sixième malade portait une fistule dont l'orifice externe était près de l'anus, mais dont l'orifice interne remontait assez haut. La réunion fut obtenue avec trois fils d'argent et deux catguts en dix jours.

Le septième malade de la première série est un tuberculeux à la deuxième période; sa fistule, très étendue et compliquée d'une

poche et de décollements, nous obligea à passer cinq points de suture rectaux et dix périnéaux. Bien qu'autour de deux fils il y ait eu une goutte de pus, vers le septième jour, la désunion ne fut que partielle ; toute la réunion profonde, et en particulier la réunion anorectale, demeura parfaite.

J'arrive aux deux malades de la deuxième série : l'un d'eux, dont la fistule offrait un triple décollement périnéal, fessier, et rectal, ne présenta aucune suppuration postopératoire ; la plaie se désunit vers le neuvième jour. J'attribue en partie ce résultat à ce que (ce malade est le premier que j'opérais) j'avais négligé de bien fermer ma plaie du côté du rectum par une série de points au catgut.

Quant au deuxième sujet, c'était une femme de 25 ans, dont la fistule était compliquée d'un tel décollement en hauteur, que je fus obligé d'enfoncer une curette à 14 centimètres de l'anus. La réunion échoua complètement, et franchement c'était à prévoir. Cette analyse un peu minutieuse des observations m'a paru nécessaire; elle nous démontre en effet que l'origine tuberculeuse ou non tuberculeuse des fistules n'a en rien modifié les résultats. Les insuccès partiels ou complets n'ont été attribuables qu'à la disposition même de la fistule et, peut-être, dans un cas, à une négligence opératoire [1].

Tels qu'ils sont, ces résultats m'ont paru très encourageants. Je sais bien que cette méthode ne va pas sans quelques inconvénients; il faut de la part du chirurgien une antisepsie minutieuse; l'opération est délicate et assez longue; de la part du malade, elle exige une grande patience et une diète assez sévère ; mais ces inconvénients ne sont-ils pas largement compensés par la rapidité et la simplicité de la guérison ? Les malades ont pu quitter l'hôpital le quinzième jour sans pansement, et reprendre leur travail. Or, que donnent les autres procédés, la ligature élastique, le thermo-cautère et l'écrasement linéaire? La moindre fistulette n'est complètement guérie qu'après cinq semaines, la plupart en exigent six et beaucoup deux mois et plus. Vous lirez bien dans quelques observations des exemples de guérison en cinq semaines; mais regardons d'un peu plus près. Dans une observation que Chassaignac donne comme un exemple de guérison rapide, grâce à l'écraseur, il est dit que l'opération ayant eu lieu le 9 février, le malade quitta l'hôpital guéri le 1er mars, mais il conservait une petite plaie suppurante.

L'économie de temps n'est pas discutable, et d'ailleurs n'est-il pas évident qu'en chirurgie l'idéal à atteindre est toujours la réu-

[1] Ces observations seront publiées en entier dans une thèse qui paraîtra prochainement.

nion primitive? Est-ce à dire qu'il faille la tenter dans tous les cas? Smith répond par l'affirmative : « Cette opération, dit-il, est applicable à toutes les variétés de fistules à l'anus. » Je pense que, dans la plupart des cas, on risque peu à tenter la réunion, car si elle échoue, on en est quitte pour enlever les sutures; mais a-t-on affaire à des tuberculeux très avancés, ayant un abcès plutôt qu'un trajet organisé? ou à des fistuleux dont les décollements suppurent et sont étendus, dont les trajets multiples s'ouvrent par plusieurs orifices autour de l'anus? Je suis d'avis qu'on doit rejeter la suture et recourir au thermo-cautère. L'opération devient tellement complexe et longue, en regard de chances d'insuccès multiples, qu'il y a là pour moi une contre-indication formelle. Au contraire, pour la majeure partie des fistules à l'anus, quand les décollements sont limités, que le sujet soit ou ne soit pas tuberculeux, on est autorisé à tenter la réunion, et on doit l'obtenir presque toujours, quand il ne s'agit plus que de simples trajets, et les fistulettes, ai-je besoin de le dire, devront être le triomphe de la méthode.

Discussion.

M. Segond. Ayant eu connaissance des faits publiés à l'étranger, j'ai pratiqué une fois l'opération de Smith.

Il s'agissait d'une fistule à trajet simple; je fis l'incision du trajet et l'avivement, puis la réunion.

Le deuxième jour, les fils furent enlevés; mais quand la malade eut une selle après quelques jours, tout se désunit.

M. Berger. J'ai fait cette opération il y a trois ans. Sur trois cas, il y eut trois succès, mais les fistules étaient petites. Pour une autre plus étendue et avec des diverticules, l'insuccès fut complet et se compliqua d'une inflammation vive avec décollement.

Je crois donc que cette opération ne doit être employée qu'avec ménagement et dans les cas simples.

M. Pozzi. J'ai pratiqué l'opération de Smith une fois, il y a sept ans, lorsque je remplaçais, en 1880, M. le professeur Richet, à l'Hôtel-Dieu. J'employai le pansement de Lister (l'iodoforme n'était pas alors vulgarisé). Il s'agissait d'une fistule montant assez haut; j'échouai, mais sans accidents, ayant à temps enlevé les sutures. Je ne repousse nullement le procédé de la réunion primitive, mais je voudrais qu'on ne l'appliquât pas avec tant de hardiesse. Très élégant et très bon sans doute pour les fistules *sous-cutanées* ou débouchant *au-dessous* du sphincter, cette méthode doit être totalement rejetée pour les fistules élevées ou compliquées de clapiers, et n'être employée qu'avec grande réserve pour les fistules

s'élevant au-dessus du sphincter. La suture, quelque bien faite qu'elle soit, peut alors laisser passage à des gaz accumulés dans l'ampoule rectale, de là survient du phlegmon, de la cellulite pelvienne. Pour éviter alors de graves dangers, tandis que l'opération *à ciel ouvert* est simple et bénigne avec le thermo-cautère, quinze à vingt jours économisés pour la guérison sont-ils alors une compensation suffisante?

Je désire rendre les praticiens attentifs à ces inconvénients pour éviter des mécomptes.

M. Terrillon. L'année dernière, j'ai opéré par le procédé de Smith une fistule à l'anus longue de 5 à 6 centimètres et munie d'un diverticule de 3 centimètres.

Après l'ablation totale des parois du trajet, je réunis avec des catguts, en passant les fils autour de la surface arrondie d'après le procédé d'Emmet dans la périnéorrhaphie.

Je pansai avec de la poudre d'iodol et de la gaze iodolée, moins irritante que l'iodoforme.

J'eus un succès complet et durable, après huit jours.

Aussi je serai très disposé à employer encore ce procédé, dans le cas de fistules, même étendues, mais sans grands décollements; ce sont les seules auxquelles ce procédé convienne.

Présentation de malades.

M. Després présente une malade atteinte de *paralysie des muscles de l'abdomen*, simulant une tumeur volumineuse.

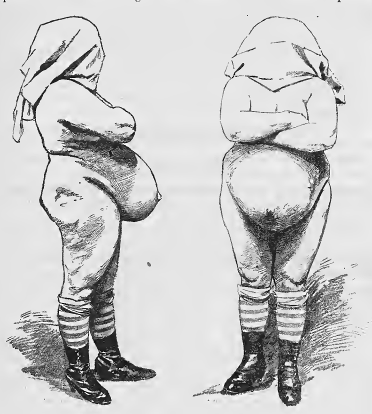
Tous les médecins, chirurgiens et accoucheurs, connaissent un état du ventre, consécutif aux couches multiples et surtout dû au défaut de contention de l'abdomen après l'accouchement. Quelquefois on a constaté que les efforts des accouchées, restées longtemps en travail, causaient cette disposition. On attribue le ventre pendant des multipares à une élongation des muscles et des aponévroses de l'abdomen, mais on n'a jamais songé qu'il y eût une paralysie ou même une parésie. Ces ventres pendants sont plus ou moins volumineux, mais aucun n'a jamais atteint le volume du ventre de la malade dont je vous présente la photographie, et dans aucun cas on n'avait signalé aussi franchement une paralysie complète des muscles de l'abdomen.

Voici l'observation :

La nommée R... (Joséphine), agée de 29 ans, entrée à l'hôpital de la Charité le 26 août, avec le diagnostic, fait en ville, kyste de l'ovaire,

a été examinée par moi le lendemain de son entrée et je me suis convaincu de suite qu'il s'agissait de toute autre chose que d'un kyste de l'ovaire.

La malade debout présentait un ventre très proéminant et dur, qui, par sa disposition en pointe, rappelait effectivement la tuméfaction abdominale due aux kystes ovariens, les dimensions étaient les suivantes : le tour de l'abdomen, au niveau de la ceinture, mesurait 1m,47 ; au niveau de l'ombilic, 1m,50, ce qui indique que le ventre tombait, ainsi que cela se voit sur la figure. Mais le ventre était sonore partout.



Lorsque l'on examinait la malade couchée, la tumeur s'étalait et débordait à droite et à gauche et la paroi abdominale étant mince, non surchargée de graisse, on pouvait explorer facilement la cavité abdominale où l'on ne trouvait absolument aucune tumeur.

J'ai fait alors asseoir la malade qui s'est relevée sur ses coudes, ce qui de suite attira mon attention. J'ai fait relever et recoucher la malade et j'ai constaté que les muscles de l'abdomen étaient entièrement paralysés. J'ai fait tousser la malade, je l'ai fait pousser et se moucher ; j'ai pétri le ventre et n'ai pu par aucun moyen provoquer une apparence de contraction.

Une exploration attentive m'a permis de constater : 1° l'amincissement évident de la paroi abdominale ; 2° l'intégrité à la ligne blanche; d'ailleurs la forme même du ventre excluait l'éventration qui, comme on le sait, n'est bien évidente que quand on fait contracter les muscles droits.

Je diagnostiquai une paralysie de tous les muscles de l'abdomen, une distension des aponévroses, c'est-à-dire, si l'on peut s'exprimer ainsi, une sorte de hernie de la totalité du tube digestif, la totalité de la paroi de l'abdomen formant le sac. J'ajouterai tout à fait incidemment que lorsque la malade était debout, l'utérus était remonté et inaccessible et qu'il était porté en haut et en avant avec la vessie retenue à la paroi abdominale par l'ouraque et les artères ombilicales.

Au point de vue fonctionnel, la malade disait qu'elle était gênée par le poids de son ventre, et que ce qui l'incommodait le plus est qu'elle ne rendait pas ou presque pas de gaz. Sans doute les intestins distendus comme la paroi abdominale avaient perdu peu à peu leur puissance contractile.

Voici ses antécédents : née en Savoie, elle fut réglée à 15 ans, mariée à 24 ans, elle n'eut un enfant que dix-huit mois après ; elle accoucha facilement en une heure et demie; en se relevant de ses couches, elle s'aperçut que son ventre tombait, mais il était moins volumineux qu'aujourd'hui; elle devint enceinte quinze mois après, et malgré la paralysie de l'abdomen, elle accoucha encore facilement. Depuis dix-huit mois le ventre est dans l'état où on le voit aujourd'hui.

Il s'agit donc ici d'une paralysie de tous les muscles de l'abdomen et d'une hernie de tout le tube digestif, si je puis ainsi dire; la paroi abdominale relâchée formant le sac. Les intestins non contenus se sont remplis de gaz comme cela doit être, puisque les grosses hernies qui ont perdu droit de demeurer dans l'abdomen ne le doivent qu'à leur distension habituelle pour les gaz, puisque, dans les laparotomies, lorsqu'on laisse sortir des anses intestinales, on a beaucoup de peine à les rentrer à cause de leur distension rapide par les gaz.

La paralysie de tous les muscles de l'abdomen chez cette femme a existé dès la première couche, il y a eu un enfant depuis, et le ventre est resté dans le même état. On ne peut pas attribuer à la grossesse seule cette paralysie. C'est là un fait exceptionnel, une rareté, il faudrait d'autres faits pour arriver à une explication absolument satisfaisante. Jusqu'ici, tout ce qu'on peut dire, c'est qu'il y a une paralysie des muscles et une distension extraordinaire de toutes les aponévroses de l'abdomen. Je n'insiste pas sur la facilité de faire le diagnostic différentiel avec les kystes ovariques; il suffisait de percuter l'abdomen et de faire coucher la malade dans cette position. En effet la tumeur disparaissait.

Discussion.

M. Lannelongue. Je crois que la grossesse est la cause de ce relâchement de la paroi; ce phénomène se produit à divers degrés,

ici il est exagéré par rapport aux autres cas, mais il n'a rien d'absolument exceptionnel.

J'ai vu chez les enfants plusieurs cas de paralysie des muscles abdominaux, mais toujours d'un seul côté, combinés avec d'autres paralysies congénitales. Celles-ci étaient sous la dépendance d'une maladie des cellules des cornes artériennes de la moelle.

M. Sée. M. Després croit avoir découvert une maladie nouvelle, mais ces faits sont connus depuis longtemps des accoucheurs, car ils connaissent cette infirmité sous le nom de *ventre pendant* ou ventre *tombant*. On ne peut faire d'erreur de diagnostic et penser à une tumeur abdominale que si on examine insuffisamment la malade.

Présentation de pièce.

Carie du rocher.

M. Prengrueber présente un rocher du côté gauche atteint de carie dans une grande étendue.

Cette pièce a été prise sur un homme atteint, six à huit mois avant son entrée à l'hôpital, d'otite moyenne suppurée.

Au moment où il fut vu pour la première fois, il présentait tous les signes d'un abcès des cellules mastoïdiennes. M. Prengrueber pratiqua alors la trépanation de l'apophyse mastoïde qui fut suivie de l'écoulement d'une certaine quantité de pus. Le malade fut soulagé d'une façon notable, mais, par la suite, apparurent des accidents cérébraux (paralysie faciale du côté malade et hémiplégie du côté opposé, aphasie, etc.) qui entraînèrent la mort.

A l'autopsie, on trouva un abcès entre la dure-mère et la portion pierreuse du temporal qui, lui-même, était carié dans une large étendue.

Une trépanation du crâne au-dessus du conduit auditif eût évacué le pus de l'abcès, mais la rapidité des accidents cérébraux n'avait pas permis ce genre d'intervention.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,

Terrillon.

Séance du 12 octobre 1887.

Présidence de M. LANNELONGUE.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. CRUVEILHIER demandant le titre de membre honoraire ;

3° M. FRAIPONT (de Liège) adresse plusieurs brochures : a. *Du traitement des fractures de l'olécrane ;* b. *Du tamponnement de l'utérus par la gaze iodoformisée comme moyen hémostatique ;*

4° Un mémoire pour le prix DEMARQUAY (1887), avec épigraphe : *Fac et spera ;*

5° Un autre mémoire pour le prix DEMARQUAY : *Experientia docet ;*

6° M. PÉRIER dépose, au nom de M. Houzel (de Boulogne-sur-Mer), une observation de : *Fracture exposée* (M. Périer, rapporteur).

Suite de la discussion sur la paralysie des muscles de l'abdomen.

M. GUÉNIOT. Je n'accepte pas la théorie de M. Després, d'après laquelle il explique, par une paralysie des muscles de l'abdomen, le volume exagéré du ventre de la malade, dont il nous a présenté la photographie dans la dernière séance.

C'est pour moi un exemple bien net de ce que j'ai décrit en 1885 dans les *Archives de gynécologie,* sous le nom de : *Prolapsus pariéto-viscéral,* affection connue déjà anciennement sous le nom de *Venter pendulus, ventre en rosace : Relâchement de la paroi abdominale.* Dans ce cas, il n'y a pas de paralysie, les parois, et surtout les muscles, sont entièrement amincies par la distension ; aussi ils ne se contractent plus d'une façon efficace.

Ces couches antérieures du ventre ainsi distendues constituent, comme une vaste hernie, un immense *sac herniaire*.

Les malades éprouvent des accidents par tiraillement du foie, du diaphragme ; aussi sont-elles faibles et ont souvent des défaillances.

Je leur fait porter une ceinture spéciale, large, embrassant tout l'abdomen, le soutenant et le soulevant. Cette ceinture est munie de bretelles qui prennent un point d'appui indispensable sur les épaules.

M. Després. Je demanderai à M. Guéniot s'il a, comme moi, exploré la contractilité des muscles par l'électricité.

Les cas semblables que j'ai vus étaient montrés chez des femmes qui avaient eu plusieurs enfants, mais je n'ai jamais observé une telle éventration chez des femmes n'ayant eu que deux enfants.

Chez ma malade, le ventre avait 1^{m},50 de circonférence. Les muscles ne se contractaient ni sous l'influence de l'électricité, ni volontairement, lorsque la malade voulait se mettre assise sur son lit.

M. Guéniot. Je n'ai pas exploré avec l'électricité. Pour moi, il y a ici une atrophie musculaire par distension et aplatissement, et non une paralysie vraie. Cette paroi est tellement mince dans quelques cas, que les anses intestinales se voient au travers, ou dessinent leurs anses, comme si elles étaient à nu.

J'ai, dans mon mémoire, appelé l'attention sur l'abaissement de la tension intra-abdominale ; de là la nécessité de porter une ceinture assez serrée.

Toujours ce sont des femmes jeunes, débilitées, ayant eu plusieurs grossesses rapprochées avec ventre volumineux par exagération du liquide ammiotique, qui ont présenté cette distension du ventre. Il faut ajouter que, le plus souvent, ces femmes ne se soignent pas et se lèvent trop tôt après leur accouchement, ou se livrent trop hâtivement à des travaux pénibles.

M. Després. Chez ma malade, quand elle était debout, les intestins tombaient dans la poche antérieure formée par la paroi abdominale distendue, et attiraient en haut l'utérus qu'on ne pouvait atteindre avec le doigt. Celui-ci était de nouveau facile à atteindre quand on relevait fortement en haut la masse intestinale.

M. Kirmisson. M. Després nous a dit, dans la dernière séance, que cette affection n'était pas décrite dans Duchenne (de Boulogne); c'est là une erreur, car cet auteur en donne une bonne description avec deux figures.

Duchenne montre aussi que, dans ces cas, il y a une cambrure lombaire prononcée, ce qui manque chez la malade de M. Després.

M. Després. Duchenne (de Boulogne) n'a envisagé que la paralysie de quelques muscles isolés, par exemple des muscles droits. Pour lui, les déviations du rachis sont les conséquences de ces paralysies par un phénomène de compensation, pour rendre possible la position debout, tandis que, ici, nous avons une atrophie de tous les muscles avec distension exagérée des aponévroses de l'abdomen ; ce qui, je crois, est une paralysie totale.

Suite de la discussion sur la désarticulation scapulo-humérale.

M. Humbert présente l'observation suivante :

Écrasement de la main droite. — Septicémie gangreneuse. — Désarticulation de l'épaule. — Guérison.

Le nommé R... (Joseph), âgé de 31 ans, journalier, est amené à l'hôpital Saint-Antoine, le 23 mai 1885, et couché au n° 27 de la salle Dupuytren.

Ce jeune homme, bien constitué, vient d'avoir la main droite prise entre les deux cylindres d'un laminoir. Une partie de la peau de la face dorsale de la main est enlevée; les veines sont à nu. La plupart des métacarpiens et des phalanges ont été fracturés. L'avant-bras présente un gonflement général avec teinte ecchymotique, mais il n'y a pas de fracture du cubitus ni du radius.

Le membre, placé dans une gouttière, est entouré d'un pansement phéniqué.

Le 24 mai, l'état général est mauvais; la température atteint, le soir, 39°,6; la langue est sale.

L'avant-bras et la partie inférieure du bras ont une teinte rouge sombre.

Le 25 mai, le gonflement des parties a augmenté; il atteint les limites de l'épaule, ainsi que la teinte rouge sombre; la percussion révèle la présence de gaz dans le tissu cellulaire; la température est à 39°,4; il y a un peu de délire. La désarticulation immédiate de l'épaule est jugée nécessaire, et pratiquée séance tenante.

J'emploie le procédé en raquette, et, pour éviter de faire porter la section sur les tissus infiltrés, je me rapproche le plus possible de l'aisselle en terminant l'incision. Il en résulte que la réunion des parties molles par la suture détermine un peu de tiraillement. Elle peut, néanmoins, être obtenue. Un drain est placé à la partie déclive de la plaie. Pansement de Lister.

Il y a eu peu de sang perdu pendant l'opération.

L'examen du membre enlevé montre une extravasation sanguine

générale avec infiltration de sérosité ; il s'en dégage une odeur gangreneuse déjà prononcée. Il n'y a pas de caillots dans les veines, et l'artère humérale est saine.

Dès le soir même, la température s'abaisse à 38°,8. Le lendemain matin, elle est à 38°,2.

Les suites de la désarticulation ont été assez régulières ; néanmoins il s'est fait de la suppuration et les parties molles se sont désunies, de telle sorte que la cicatrisation s'est faite par bourgeonnement et a exigé près de cinq semaines.

Le 3 juillet, l'opéré a pu être envoyé à Vincennes.

M. Delens. J'ai eu l'occasion de désarticuler l'épaule dans un cas d'écrasement de la main et de l'avant-bras par un laminoir, qui avait occasionné une septicémie gangréneuse.

La fièvre tomba aussitôt après l'opération, et la plaie guérit, mais par seconde intention.

M. Polaillon. Pour moi, il ne faut pas hésiter à amputer, même dans des tissus infiltrés d'emphysème traumatique septique. Dernièrement, M. Paquet (de Lille) a présenté à l'Académie une observation de ce genre terminée par guérison.

Si la racine du membre est envahie par l'emphysème, il faut désarticuler, mais sans réunir les lambeaux. J'ai agi ainsi trois fois avec succès.

Rapport.

Ovarite et salpingite suppurées. — Laparatomie. — Ablation des parties malades. — Guérison, par le Dr Routier.

Rapport par le Dr Terrillon.

Dans la séance du 26 juillet 1887, M. Routier nous a présenté les pièces anatomiques provenant d'une laparatomie qu'il avait pratiquée pour abcès développé dans les ovaires et les trompes du côté droit et du côté gauche. L'ablation des annexes de l'utérus malades fut couronnée de succès. Chargé de vous présenter l'observation de M. Routier, je vous la lirai presque entière car tous ces détails ont une importance considérable, et je les ferai suivre de quelques réflexions.

Observation. — Mme A..., âgée de 28 ans, mariée depuis six ans ; eut un enfant, un an après son mariage.

L'accouchement fut particulièrement pénible et difficile, on dut employer le forceps ; depuis lors Mme A... n'a jamais cessé de souffrir du ventre.

Les douleurs, sourdes au début, ne tardèrent pas à devenir lancinantes, insupportables, surtout au moment des règles qui étaient chaque fois l'occasion d'une nouvelle crise douloureuse.

A cela se joignaient l'existence d'une tuméfaction dans le flanc droit et des pertes blanches, très abondantes, surtout pendant les trois ou quatre jours qui suivaient les règles.

La malade traîna ainsi cinq ans, soignée successivement pour une métrite ou pour une pelvi-péritonite.

Durant cette longue période, plusieurs crises aiguës la forcèrent à s'aliter; notamment en juin et juillet 1886, en janvier et mars 1887.

En juin 1887, à propos d'une de ces manifestations aiguës, elle consulta le Dr Maestrati qui, trouvant le cas complexe, fit appeler le Dr Routier.

Les règles venaient de finir, la malade était en pleine crise douloureuse, M. Routier put constater: 1° Un écoulement purulent, très abondant, qui se faisait par l'orifice utérin, influencé par la pression sur le flanc droit et aussi par les efforts que faisait la patiente; 2° l'immobilité presque absolue de l'utérus; 3° la tuméfaction des culs-de-sacs vaginaux, surtout manifeste à droite, tuméfaction qu'on sentait en outre par la palpation abdominale combinée au toucher vaginal; 4° enfin un état général grave, de la fièvre, de l'amaigrissement.

En présence de pareils symptômes, M. Routier diagnostiqua: ovarite et salpingite suppurées, et proposa à la malade l'ablation de ces foyers purulents par la laparatomie.

Fatiguée par cinq années de souffrances, la malade accepta l'opération, et je la reçus dans mon service de la Salpêtrière sur la recommandation de M. Routier.

Le lendemain de son entrée, nous examinâmes la malade, et je pus constater l'existence des signes qui avaient permis à M. Routier de porter son diagnostic, mais tous étaient amoindris, la quantité de pus était très insignifiante, la tuméfaction peu appréciable.

Quelques jours après, le 20 juillet, une nouvelle crise survint qui remit les choses en état; la laparatomie fut résolue.

Le 26 juillet, M. Routier pratiqua la laparatomie avec mon aide; dès que le péritoine fut ouvert, et les intestins relevés, il constata de chaque côté de l'utérus deux tumeurs adhérentes au fond du petit bassin.

Procédant alors par décollement, il put détacher les adhérences et amener au dehors successivement les deux tumeurs qui ne tenaient plus qu'à la corne utérine en dedans, aux vaisseaux utéro-ovariens en dehors.

Le pédicule fut lié de chaque côté et coupé.

L'hémorrhagie étant assez forte, plusieurs ligatures furent placées le long du bord droit de l'utérus, puis un peu de compression fut faite à l'aide d'éponges montées.

La cavité du petit bassin fut ensuite largement lavée avec de l'eau bouillie, très chaude. Quand le liquide sortit tout à fait clair, deux gros

drains furent placés, un de chaque côté de l'utérus, et on procéda à la suture de la paroi abdominale.

Les suites furent des plus simples ; les drains furent enlevés au bout de quarante-huit heures, après avoir donné un écoulement assez abondant pour nécessiter deux pansements successifs.

Le huitième jour, les fils de la paroi furent enlevés, l'un d'eux fut cause d'un petit abcès gros comme un pois.

Le 20 août, la malade qui se levait déjà, quitta l'hôpital, elle a été revue par M. Routier le 22 septembre parfaitement guérie.

Sur les pièces que nous a présentées M. Routier, il était facile de voir qu'il avait enlevé de chaque côté la trompe et l'ovaire.

Du côté droit, l'ovaire et la trompe également malades et fortement adhérents formaient un gros abcès plein de pus, c'est ce côté qui communiquait avec l'utérus directement par l'orifice interne de la trompe, ce qui explique bien l'écoulement du pus par le museau de tanche.

Du côté gauche, l'ovaire était plus indépendant de la trompe, mais cependant accolé à elle par des adhérences, et paraissait moins malade ; la trompe, dont les deux extrémités étaient oblitérées, formait un kyste plein de muco-pus; les plis de la muqueuse tubaire étaient très hypertrophiés.

Ces pièces, du reste, jointes à plusieurs autres analogues, sont l'objet d'études anatomo-pathologiques plus complètes dont le résultat sera publié plus tard.

Réflexions.

Cette observation est particulièrement intéressante à plusieurs points de vue et j'insisterai sur certains points principaux.

1° *Le siège de la suppuration.* — L'analyse des symptômes généraux révélait en effet une suppuration profonde du bassin, et guidé par les idées anciennes, on aurait pu dire abcès ou phelgmon du ligament large, pelvi-péritonite suppurée ; aussi ne saurai-je trop féliciter M. Routier d'avoir porté son diagnostic de pyo-salpyngite, l'opération a prouvé qu'il avait raison ; bien plus, l'ablation relativement facile des organes malades, soudés aux parois du bassin par des adhérences encore molles, et leurs études anatomiques montrent clairement que le ligament large était hors de cause.

2° *Le mode de début.* — C'est à la suite d'un accouchement, et d'un accouchement difficile que commence la maladie ; ici donc, comme dans la plupart des cas, la salpyngite a été secondaire et paraît devoir s'expliquer par la propagation ascendante d'une inflammation partie de l'utérus.

3° *L'écoulement du pus par l'orifice utérin.* — La malade n'accusait que des pertes blanches, mais M. Routier put constater

avec le spéculum qu'il s'écoulait du pus parfaitement pur, par l'orifice utérin, en quantités notables, et que cet écoulement paraissait être influencé par les efforts de toux de la malade et par la pression pratiquée sur le flanc droit.

Je vous ai déjà présenté deux observations d'abcès du petit bassin, ayant même origine, c'est-à-dire l'ovaire et la trompe. Ces deux abcès étaient ouverts dans le rectum, mais, moins heureux que M. Routier, je n'ai pu enlever en totalité ces foyers purulents et je dus me contenter, après avoir pratiqué la laparatomie, de drainer ces abcès qui ont du reste parfaitement guéri. Cette présentation date du mois de juillet [1].

4° Enfin, et ce qui me paraît le plus intéressant, c'est l'opération. Il est certain qu'on ne pouvait attaquer ces abcès profonds, dont les limites et les connexions étaient mal définies, ni par le rectum, ni par le vagin, ni surtout par la fosse iliaque dont ils étaient indépendants : il n'y avait que la laparatomie qui pût permettre d'arriver jusqu'à eux.

Aussi, M. Routier connaissant d'une part les faits de MM. Trélat et Terrier (*Rev. chirurg.*, 1886), ceux que M. Bouilly a présentés à la société dans le courant de cette année, et qui d'autre part m'avait assisté dans les cas que j'ai opérés, n'hésita pas à adopter la laparotomie pour aller à la recherche de ces suppurations profondes et tenter leur ablation si elle était possible, leur appliquer tout au moins le drainage dans le cas contraire.

L'opération fut très bien réglée : 1° ouverture de l'abdomen ; 2° soulèvement du paquet intestinal ; 3° reconnaissance des masses et de leurs rapports ; 4° décollement des adhérences. Ce temps demande particulièrement de grandes précautions ; il faut en effet détacher la poche purulente de ses adhérences aux organes voisins souvent fort intimes, d'autre part, il ne faut pas la perforer par des pressions trop énergiques, car alors le pus s'épanche dans la cavité péritonéale, et cette complication, sans être toujours dangereuse, grâce au lavage du péritoine, peut être une source d'accidents.

M. Routier commença par le côté droit et peu à peu il put détacher la masse de la tumeur qui bientôt ne tint plus que par un pédicule externe et par l'implantation de la trompe sur l'utérus par le côté interne. Ces deux pédicules furent liés et sectionnés, la tumeur fut enlevée en totalité.

La même chose fut faite à gauche.

La fin de l'opération fut marquée par un incident spécial ; du

[1] *Soc. de Chir.*, juillet 1887.

côté droit, le tissu utérin était friable, et saignait beaucoup, M. Routier dut appliquer plusieurs ligatures, et même l'hémorrhagie continuant un peu en nappe, faire de la compression avec des éponges.

Tout cela fut suffisant pour motiver un lavage prolongé du petit bassin avec de l'eau bouillie assez chaude, lavage qui fut continué jusqu'à ce que l'eau ressortît claire.

Enfin dans la crainte qu'il ne se produisît un suintement trop abondant pour que la résorption en fût faite, deux gros tubes furent placés de chaque côté de l'utérus et amenés à la partie inférieure de la ligne de suture.

C'est là un procédé qu'on ne saurait trop recommander à l'exemple de beaucoup de chirurgiens, je l'ai pour ma part souvent employé avec succès.

Pendant les vingt-quatre premières heures en effet, il sort une très grande quantité de liquide roussâtre ; au bout de ce temps, on peut retirer les drains; le suintement est fini, ou ce qui se produit encore peut s'écouler par le trajet que laisse le drain après lui et qui persiste quelques heures.

J'insiste peu sur les suites qui furent simples; je me contente de constater qu'aujourd'hui la malade est parfaitement et entièrement guérie.

En résumé, je ne saurais trop recommander aux chirurgiens la lecture de cette observation qui vient à l'appui des tentatives opératoires déjà couronnées de succès, proposées depuis quelques années seulement pour guérir ces affections des ovaires et des trompes, maladies si rebelles à tout autre traitement et si dangereuses pour les malades.

L'intervention chirurgicale par la laparotomie dans les cas de salpyngites de toutes variétés, a donné des résultats inespérés, soit qu'on ait pu enlever ces organes totalement, soit qu'on les ait drainés, aussi sommes-nous heureux de voir M. Routier nous en présenter une observation.

Je vous propose donc :

1° De remercier M. Routier ;

2° De l'inscrire dans un rang honorable sur la liste des candidats au titre de membre titulaire de notre Société.

Discussion.

M. Pozzi. Je demanderai si on a examiné le liquide de ces abcès des trompes et des ovaires, pour savoir s'il contenait le gonococcus de Neizer. Actuellement on considère la blennorrhagie comme étant la cause fréquente de ces suppurations.

M. Guéniot. Je trouve le diagnostic et l'opération irréprochables; surtout par leur résultat. Cependant dans l'énumération des symptômes je n'en trouve aucun qui permette de différencier ces abcès des trompes et de l'ovaire de ceux développés dans le ligament large.

Comment est-on arrivé ici à un diagnostic précis d'une lésion des trompes?

M. Bouilly. Dans les diverses laparotomies que j'ai pratiquées pour des salpingo-ovarites, j'ai toujours recherché dans les antécédents de la malade et dans l'examen du liquide des trompes, si les lésions étaient d'origine blennorrhagique. Cette étiologie me paraît plus rare que ne semble le croire mon collègue Pozzi et qu'on ne l'a dit à l'étranger. Les accidents du côté des trompes me paraissent surtout succéder à des formes atténuées de septicémie puerpérale, survenant après des accouchements à terme ou des avortements. Toutes les femmes que j'ai opérées, sauf une, avaient eu des grossesses menées à terme ou des avortements, et c'est après ces couches qu'elles faisaient débuter leurs accidents douloureux du côté du bas-ventre. La seule malade qui n'avait pas eu de grossesse était revenue, souffrante dans la première année de son mariage et l'origine des accidents était difficile à rechercher. Du reste, il peut être impossible de retrouver les microbes de la blennorrhagie, quand les lésions des trompes sont reconnues et traitées plusieurs années après l'infection.

La pathogénie de la lésion ne saurait en rien modifier la conduite à tenir.

Puisque notre collègue Guéniôt a émis quelques doutes sur la possibilité du diagnostic de ces salpingites chroniques et sur l'incertitude des signes fournis par l'examen local, je rappellerai sans effleurer même les déments nombreux de ce diagnostic, que dans bon nombre de cas le toucher vaginal seul ne peut rien apprendre; les culs-de-sac sont libres et ce n'est qu'en poussant le doigt très haut et en combinant le toucher avec le palper abdominal que l'on arrive à sentir sur les côtés de l'utérus, plus ou moins près de cet organe, une masse de volume varié et de consistance dure suivant les cas. Cette masse, située très haut, au-dessus du détroit supérieur peut être circonscrite entre le doigt vaginal et la main extérieure. Mais je répète que, dans le plus grand nombre des cas, il ne faut pas s'attendre à trouver les culs-de-sac effacés.

Assez souvent, on trouve en arrière, dans le cul-de-sac postérieur, ou le long des bords de l'utérus, une saillie ou une tuméfaction plus ou moins irrégulière que l'examen direct à fait reconnaître nombre de fois, pour une trompe ou un ovaire malades et un

abcès, fixés dans cette nouvelle situation par des adhérences péritonéales.

C'est ce qui arrive après les petites poussées de péritonite qui représentent les phases aiguës de cette affection chronique. La présence de ces tumeurs quelquefois faciles à délimiter est un précieux élément de diagnostic.

Dans les cas où les culs-de-sac sont pleins, comblés, où l'utérus est immobilisé et adhérent, le diagnostic est encore probable; mais la salpingo-ovarite s'efface devant la péritonite chronique diffuse du petit bassin et les conditions de l'intervention deviennent beaucoup moins favorables. Je suis même bien près de considérer cet état comme une contre-indication à la recherche des couches malades et l'intervention doit se limiter à la découverte et à l'ouverture des abcès, s'il en existe.

M. Terrillon. L'examen du liquide a été pratiqué, et on n'a trouvé ni gonococcus, ni bacilles de la tuberculose. Or, on sait que cette dernière cause de suppuration est au moins aussi fréquente que le microbe de la blennorrhagie.

Du reste, ici M. Routier n'avait pas à se préoccuper beaucoup de la blennorrhagie, car les accidents étaient assez nets pour faire affirmer une suppuration, résultat d'une couche laborieuse avec métrite consécutive, ayant envahi la trompe, les ovaires et le péritoine.

Pour répondre à M. Guéniot, je dirai que nous n'avons pas pensé à faire le diagnostic avec les abcès d'un ligament large, car je suis persuadé que ceux-ci n'existent pas. On a toujours confondu avec eux les abcès développés dans l'ovaire et la trompe, lorsque ces organes sont tombés dans le cul-de-sac de Douglas, sont accolés plus ou moins au col de l'utérus, et correspondent à la place qu'occupe anatomiquement la base du ligament large. On les sent alors par le vagin dont ils dépriment plus ou moins les culs-de-sac. Ici, comme toujours, la lésion était double, plus sensible du côté où elle est plus volumineuse; mais du côté opposé, on sentait une petite masse en haut du cul-de-sac vaginal. Cette duplicité de la maladie, qui est la règle, a une grande importance.

Il est vrai que souvent on ne peut sentir facilement qu'une des tuméfactions, la plus grosse siégeant le plus souvent à droite.

La raideur de la paroi abdominale qui se voit chez les femmes jeunes, grasses ou ayant eu un seul enfant, rend l'exploration difficile. Aussi beaucoup de chirurgiens et moi-même avons presque toujours complété le diagnostic en pratiquant l'examen sous le chloroforme. Il est ainsi facile d'atteindre avec le doigt placé dans le vagin la petite tuméfaction, et de la prendre entre ce doigt et la

main placée sur l'abdomen. Ce moyen de diagnostic est le plus sûr et souvent indispensable.

M. Horteloup. J'ai opéré cette année, avec le concours de M. Routier, un cas analogue; mais il s'agissait d'un abcès tuberculeux.

Mme X..., âgée de 26 ans, réglée à 14 ans, mariée à 17, n'a jamais eu d'enfants ni fait de fausse-couche, et jouissait d'une bonne santé.

En mars 1887, elle se refroidit pendant ses règles; le sang s'arrêta, puis reparut; tout semblait fini; mais à l'époque suivante, il lui sembla qu'il se formait une tuméfaction dans la fosse iliaque gauche, en même temps qu'elle ressentait d'assez vives douleurs.

En juin 1887, elle vint me consulter. On sentait dans la fosse iliaque gauche une tumeur fluctuante à l'extrémité externe de laquelle on sentait une petite masse dure. Rien n'était constaté par l'examen vaginal, le cul-de-sac utérin était intact. Je crus à un kyste de l'ovaire au début. J'engageai cette malade à revenir dans un mois. Elle ne revint qu'en avril et je la décidai à une opération; pour cela, elle entra à la maison de santé, la veille du jour où le Dr Routier devait prendre mon service.

Je priai mon collègue d'examiner la malade. Voici ce qu'on put constater.

Une grosse tumeur très nette à gauche, remontant dans la fosse iliaque, mais mobile et n'adhérant pas dans cette région, plongeant au contraire dans le petit bassin.

Du côté droit, il semblait aussi qu'il existât une tuméfaction, mais par la palpation abdominale, on ne pouvait l'affirmer.

Combinant alors le toucher vaginal à la palpation abdominale, il fut facile de constater que l'utérus, d'un volume normal, était à peu près immobilisé entre deux tumeurs; à gauche, le cul-de-sac vaginal était un peu déprimé, et on avait de la fluctuation; à droite, on sentait seulement une masse qu'on saisissait entre la main placée dans l'abdomen et le doigt enfoncé dans le vagin.

Pour ces raisons, nous n'hésitâmes pas à diagnostiquer une salpingite double.

L'opération fut donc décidée, et je priai M. Routier de vouloir me donner son habile concours.

Opération le 8 août 1887.— Ablation totale des trompes et des ovaires. Incision de la paroi abdominale. Mise à nu de la grosse tumeur gauche qui est très fluctuante, et adhère au bord du bassin et au fond du petit bassin. Décollement de ses adhérences. La tumeur crève et le pus s'échappe en grande abondance, aussitôt essuyé avec des éponges.

Malgré cet accident, la poche est enlevée en totalité en deux parties, après ligature du côté de la corne utérine et du côté des vaisseaux utéro-ovariens. La tumeur avait le volume d'un gros poing.

Du côté droit existe une tumeur analogue, mais plus petite, aussi grosse cependant qu'une orange. Celle-ci est d'abord vidée avec l'as-

pirateur; elle contenait 90 grammes de pus; puis M. Routier introduisit la main et put très habilement l'enlever tout entière, après double ligature sur la corne utérine et sur les vaisseaux utéro-ovariens.

La cavité du petit bassin fut soigneusement lavée avec de l'eau distillée bouillie, puis deux tubes placés de chaque côté de l'utérus, sortant par le bas de la ligne d'incision. Suture, pansement à l'iodoforme.

La malade a parfaitement guéri sans élévation de la température; mais au moment où elle aurait dû avoir ses règles, le 29 août, elle a eu une forte poussée de furoncles.

Le 8 septembre, un mois après l'opération, la malade retournait chez elle. Malheureusement l'histologie a découvert des tubercules et des bacilles dans les trompes et les ovaires.

Rapport

Sur une observation de *kyste du maxillaire supérieur ouvert dans le sinus*, par le Dr Bauzon (de Châlon-sur-Saône).

Rapport par M. Magitot.

Messieurs, M. le Dr Bauzon (de Châlon-sur-Saône) vous a adressé, par l'intermédiaire de M. Pozzi, une observation de kyste du maxillaire supérieur qui s'est ouvert dans le sinus et s'est terminé par un catarrhe de cette cavité.

Vous avez bien voulu me confier la mission de vous faire un rapport sur ce fait intéressant, et je demande la permission de profiter de cette occasion pour vous soumettre quelques considérations sur divers points de l'histoire des maladies du sinus maxillaire, et en particulier sur leurs relations avec les kystes de la même région.

Voici tout d'abord quels sont les termes de l'observation :

M. X..., âgé de 35 ans, a très souvent souffert des dents qui sont en grand nombre altérées; quelques-unes même sont détruites.

Dans le courant de juin 1886, il remarqua du côté gauche de la face un gonflement qui avait toutes les apparences d'une simple fluxion. Cependant, en exerçant une certaine pression un peu en avant de l'os malaire, on reconnaissait la présence d'une petite masse dure qui s'était développée insidieusement et avait à ce moment le volume d'une noix.

La tumeur était fixe, adhérente aux parties profondes, sans aucune mobilité et l'exploration par la bouche permettait de lui reconnaître une fluctuation très nette quoique profonde. Le Dr Bauzon diagnostiqua donc une tumeur liquide.

L'examen du bord alvéolaire correspondant donna les résultats suivants :

Les incisives sont saines ; la canine détruite par suite de carie a laissé sa racine indolente. La première prémolaire a été extraite, la seconde est saine; la première grosse molaire, détruite depuis longtemps par la carie, n'est plus représentée que par ses racines au nombre de trois, comme on sait ; les autres molaires sont intactes.

Une exploration par la percussion métallique montra que les diverses dents étaient insensibles, sauf les racines de la première molaire qui étaient légèrement douloureuses.

Bien que la tumeur parût correspondre par son siège à la seconde prémolaire, notre confrère conclut qu'elle avait pour point d'origine l'une des racines en question.

Un certain nombre de médecins, une dizaine paraît-il, consultés au sujet de cette affection, furent unanimement d'avis qu'il fallait attendre.

De juin 1886 à mars 1887, la tumeur n'augmenta que lentement de volume et, restant tout à fait indolente, n'avait d'autre inconvénient que de défigurer le malade.

Cependant, le 20 mars, on crut devoir procéder à l'ablation des racines de la première molaire et aussitôt on reconnut qu'il s'écoulait dans la bouche une notable quantité d'un liquide que le malade qualifia de *sucré*.

Trois jours après, dans la nuit du 23 au 24 apparaissent des douleurs intolérables dans toute la région du maxillaire, et le matin on constata la production d'un énorme gonflement fluxionnaire envahissant toute la joue. Le Dr Bauzon pénétra alors par les alvéoles restées libres et, arrivé à environ 3 centimètres, il vit s'écouler un liquide gluant et filant. Dans la journée, le malade perdit par la narine correspondante une grande quantité de matière sanguinolente. L'écoulement persista les jours suivants et acquit bientôt un caractère franchement purulent et une fétidité extrême : le sinus était donc ouvert.

Le malade partit aussitôt pour Paris et se présenta chez notre collègue, M. Pozzi, qui vérifia entièrement le diagnostic de *catarrhe du sinus consécutif à un kyste périostique du maxillaire*.

Le 29 mars, M. Pozzi ouvrit le sinus au lieu d'élection, c'est-à-dire au point le plus reculé de la fosse canine, dans le vestibule. Une mèche iodoformée fut introduite dans le sinus et maintenue pendant vingt-quatre heures. Durant trois semaines, des injections boriquées furent pratiquées par un tube de caoutchouc à grand diamètre installé à demeure. Un mois après, le tube de caoutchouc fut remplacé par un des petits drains métalliques à pavillon dont nous avons nous-même préconisé l'emploi dans le traitement des kystes des mâchoires. Au n° 2, porté pendant quelque temps fut substitué le n° 3 qui fut même bientôt raccourci et réduit à 12 millimètres.

Depuis la trépanation du sinus, toute douleur a entièrement disparu. Le liquide a progressivement diminué de quantité et changé de caractère pour devenir séreux et sans aucune fétidité.

Après quelques incidents : crises douloureuses passagères, élimina-

tion de lambeaux d'épithélium membraniformes, retours momentanés de la fétidité, l'état actuel, bien que ne constituant pas la guérison, est très satisfaisant : tous les phénomènes sus-mentionnés ont disparu, mais le malade conserve encore, par mesure de précaution, son drain jusqu'à nouvel ordre.

Cette observation, bien que restée incomplète, puisque sa terminaison ne nous est pas encore connue, soulève un certain nombre de questions qu'il nous semble intéressant d'aborder. Ces questions sont surtout relatives à la pathogénie et au mécanisme de production du catarrhe du sinus et aussi au traitement de cette maladie.

En ce qui concerne la pathogénie du catarrhe du sinus, l'origine alvéolaire ne fait guère l'objet d'aucun doute dans l'esprit des observateurs modernes.

En effet, en dehors des cas de traumatisme ou de corps étrangers [1], abstraction faite encore de ceux où des lésions de l'orbite ou des voies lacrymales ont pu envahir le sinus [2], l'origine que nous indiquons se retrouve dans toutes les observations. Il en est ainsi de celles que M. Bousquet a rassemblées dans sa thèse, de celles qui ont été recueillies dans le service de M. Richet et publiées par M. Bazy, en 1881 [3]; de celles de M. Lefort, en 1876 [4]; de celles de MM. Verneuil, Trélat, Guyon, Duret [5], etc.; de celles enfin que nous avons rassemblées nous-mêmes et qui ont été publiées dans plusieurs recueils [6].

Parmi ces dernières, nous pourrions rappeler les relations qui figurent dans plusieurs des thèses signalées plus haut, d'autres contenues dans nos diverses études sur les kystes des mâchoires, et enfin le cas qui a fait ici même, de notre part, en 1880, l'objet d'un rapport [7] à propos duquel MM. Terrillon et Farabeuf ont signalé des faits conformes.

Enfin, il y a quelques mois, en mars 1887, la question de la pathogénie des abcès du sinus a été posée devant la Société médicale de Berlin. La théorie alvéolaire a été affirmée par M. Frœnkel et adoptée par MM. Baginski, Lublinky, Schadewald et Virchow [8].

[1] Voir les observations de Bordenave et autres auteurs (corps étrangers, larves d'insectes, etc.) (*Thèse de Bousquet*. Paris, 1876).

[2] Dr Ziem (de Dantzig) *Allg. med. Central Zeitung*, n° 37, 1887.

[3] *France médicale*, 23 avril 1881.

[4] *France médicale*, 31 mars 1876.

[5] *Thèses de Trémoureux*. Paris, 1880; — *de Madec*. Paris, 1881; — *de Bourgeois*. Lille, 1885.

[6] *Journal de médecine de Paris*, p. 480, 1887.

[7] *Bull. de la Soc. de Chir.*, p. 693, 1880.

[8] *Berliner Klin. Woch.*, 1887.

Toutefois une autre origine, l'origine nasale, conserve deux partisans dans MM. Krause et Hartmann, mais ces deux auteurs ne fournissent pas de preuve bien évidente de leur manière de voir.

N'insitons pas ; la pathogénie alvéolaire est acquise désormais à l'histoire des abcès du sinus. Elle est évidente dans l'observation nouvelle qui vous est communiquée aujourd'hui, et elle peut se résumer d'une manière générale dans les termes suivants : 1° soulèvement inflammatoire des tissus composant le périoste ou le ligament alvéolaire ; 2° production d'une collection de liquide dans le voisinage de la paroi du sinus ; 3° rupture de celle-ci ; 4° catarrhe consécutif de cette cavité.

Dans le cas actuel, où la maladie a débuté par un kyste préalable du maxillaire, le mécanisme de pénétration dans le sinus présente un intérêt particulier.

Suivant une théorie que nous avons défendue dans maintes occasions, tout kyste *dit périostique*, et il s'agit ici de cette variété, est dû à un soulèvement des tissus composant le périoste ou le ligament alvéolaire sur un point invariable et constant, le sommet de la racine d'une dent. Pour être plus rigoureux encore, nous dirons que le lieu précis d'origine est *l'extrémité même du canal radiculaire*. C'est, en effet, sur ce point, en quelque sorte mathématique, que le processus pathologique vient, en suivant le trajet du canal, aboutir à la périostite du sommet, origine constante du kyste.

Cette explication, qui s'appuie sur tous les faits cliniques observés avec quelque rigueur, aurait dû, ce nous semble, rallier toutes les opinions. Il n'en a pas été ainsi, et il reste aujourd'hui quelques dissidents que nous n'avons pas encore réussi à convaincre.

Des chirurgiens, MM. Verneuil, Reclus, Kirmisson ; des anatomistes, MM. Malassez et Albarran, persistent à placer l'origine du kyste dit périostique dans l'une de ces masses épithéliales qui subsistent dans l'épaisseur du ligament alvéolaire après l'évolution folliculaire[1].

Nous avions, depuis 1872, signalé et décrit dans un mémoire,

[1] Dans un important travail sur le rôle des débris épithéliaux paradentaires (*Arch. de Physiol.*, p. 309, 1885), M. Malassez décrit et figure dans le ligament alvéolaire frappé d'inflammation, des vacuoles contenant des éléments épithéliaux ou remplies de pus et qu'il croit être le début des kystes en question. Il n'en est rien : ce sont là des faits qui appartiennent aux lésions de la périostite. On les rencontre d'ailleurs sur un point quelconque du ligament, à titre de collection purulente ou d'abcès, et ils n'ont aucun rapport avec le kyste proprement dit.

avec Charles Legros, ces masses épithéliales inhérentes à la constitution de la paroi folliculaire, et formant une sorte de cordon s'élevant jusqu'à la gencive, cordon que MM. Malassez et Albarran viennent de décrire de nouveau en lui restituant le nom de *gubernaculum dentis* des anciens naturalistes[1].

L'idée qui certainement a engagé les auteurs dans la théorie qui rattache la formation du kyste périostique à une masse épithéliale paradentaire est d'expliquer la présence constante dans un kyste de son revêtement épithélial. Cette explication se trouvait, d'ailleurs, implicitement contenue dans nos recherches, puisque nous avions établi que la poche kystique était formée par la paroi folliculaire elle-même, qui est, comme on sait, tapissée d'une couche épithéliale du type malpighien.

On n'avait donc, en quelque sorte, pour établir la présence de l'épithélium kystique, que l'embarras du choix : revêtement épithélial interne de la paroi, proliférations épithéliales extérieures à cette paroi, débris épithéliaux inclus dans son épaisseur.

Il faut toutefois convenir que la théorie que nous combattons dut paraître bien séduisante à un certain nombre de nos collègues, car elle figure dans les travaux les plus récents. Elle a pris un nom, deux noms même, ceux de *Théorie épithéliale* et de *Théorie paradentaire*, opposés à la théorie périostique, et nous venons de la retrouver dans le livre de MM. Reclus, Kirmisson, Peyrot, Bouilly[2].

Quoi qu'il en soit, nous sommes contraint de protester de nouveau et d'affirmer une fois encore que cette théorie ne repose sur aucun fait clinique, sur aucune pièce anatomo-pathologique[3].

Les faits cliniques, nous les avons maintes fois indiqués : lésion préalable traumatique ou organique d'une dent ; destruction

[1] Voy. encore Malassez (*Comptes rendus et Mémoires de Soc. de Biol.*, 25 juin 1887. — Albarran (*même recueil*, 27 juillet 1887).

[2] *Manuel de Pathologie externe*, p. 630 et suiv., 1887.

[3] M. Malassez est allé plus loin encore, et nous devons mentionner ici une nouvelle hypothèse qu'il vient d'émettre et par laquelle il tente d'expliquer la formation des kystes des mâchoires de la variété *folliculaire* par la même intervention des masses épithéliales du ligament alvéolaire ou du gubernaculum dentis (*Société de Biologie*, 25 juin 1887). Il suffit, je pense, de rappeler les conditions du développement d'un kyste folliculaire pour faire repousser cette nouvelle prétention.

On sait en effet que le kyste folliculaire est représenté par une poche sur la paroi de laquelle est implantée une couronne de dent, libre dans la cavité et dans le liquide, tandis que le plus ordinairement il n'existe pas de racine, la paroi kystique s'implantant autour du collet. Comment, dans ces conditions, admettre l'intervention d'un ligament alvéolaire qui n'existe pas et du gubernaculum dentis qui est en dehors du follicule ?

On sait encore que les causes ordinaires de ces kystes sont des traumatismes ou des lésions intéressant pendant l'enfance une région de maxillaire

de sa pulpe par suppuration ou gangrène ; propagation inflammatoire par le canal radiculaire ; localisation de la périostiste à l'extrémité de celui-ci ; soulèvement sur ce point des tissus ligamenteux, composés d'éléments fibreux vasculaires et épithéliaux ; production de la poche kystique initiale.

Ajoutons que ce mécanisme est susceptible de se reproduire artificiellement par la simple rétention dans le canal radiculaire d'un liquide pathologique, suintement séreux ou séro-purulent de la périostite du sommet. Nous en avons cité plusieurs exemples[1].

Quant aux pièces anatomo-pathologiques, en voici une série que nous mettons sous les yeux de la Société, et dans lesquelles on peut assister à l'évolution d'un kyste, depuis ce début que nous indiquons et où le hyste a le volume d'une tête d'épingle jusqu'à la période où la poche envahit et déforme un maxillaire et fait saillie sur la face.

Dans toutes ces pièces, le mécanisme que nous avons indiqué nous paraît hors de doute. Quelle que soit l'époque à laquelle on observe un de ces kystes, qu'il ait le volume d'un grain de millet ou celui d'une orange, son point d'origine et son siège sont absolument indéniables.

Voici un maxillaire que je dois précisément à l'obligeance de M. Kirmisson, et dont notre collègue a sans doute oublié les détails, car il porte à lui seul deux kystes : l'un au début, au lieu caractéristique ; l'autre, plus étendu, mais conservant toujours son point d'origine évident.

Ces pièces, que j'ai choisies parmi celles qui occupent le maxillaire supérieur, ont, en outre, au point de vue qui nous occupe aujourd'hui, un grand intérêt, car elles nous montrent les rapports possibles d'un kyste avec le sinus.

On voit, en effet, que, dans certains cas, la poche kystique se développant avec une extrême lenteur, soulève la paroi osseuse du sinus, formant dans l'intérieur de celui-ci une loge qui se compose exactement d'une lame osseuse plus ou moins épaissie, plus ou

contenant des dents à l'état folliculaire, mécanisme d'ailleurs commun aux odontômes et à cette variété de kystes.

C'est donc bien le follicule qui est le centre d'évolution kystique puisqu'on en retrouve invariablement les parties constituantes à une époque variable de leur formation.

En vérité, nous renonçons à comprendre comment un observateur aussi distingué que M. Malassez a pu être conduit à formuler cette nouvelle hypothèse qui est, s'il se peut, encore plus inadmissible que la première, et nous ne consentons pas à accepter que des considérations uniquement tirées des recherches du laboratoire viennent se substituer aux faits cliniques les plus incontestables.

[1] *Gazette hebdomadaire*, p. 338, 2 juin 1876.

Paris. — Société d'imp. PAUL DUPONT (Cl.) 45.11.87. *Le Gérant :* G. MASSON.

moins complète, et de deux enveloppes membraneuses : l'une, supérieure, formée de la muqueuse du sinus ; l'autre, inférieure, la paroi kystique.

Dans l'une de ces pièces, le sinus est entièrement effacé, et c'est ainsi qu'on a pu si longtemps considérer les cavités kystiques comme occupant le sinus lui-même, tandis que, à un examen attentif, on retrouve toujours la trace de celui-ci sur un point plus ou moins reculé du maxillaire.

Dans une autre de ces pièces, à laquelle se rattache évidemment le fait du Dr Bauzon, la paroi du kyste, mal protégée par une coque osseuse incomplète, était certainement exposée à se rompre, et son contenu se fût écoulé dans le sinus.

C'est ainsi que s'observent précisément les deux phénomènes successifs relatés dans l'observation de M. Bauzon : à l'ouverture du kyste, écoulement d'un liquide séreux ou visqueux, plus ou moins teinté et sans odeur ; puis, la communication avec le sinus s'établissant, sortie par les fosses nasales d'un liquide épais et fétide.

Ces considérations ont une réelle importance au point de vue du traitement, qui doit répondre à deux indications :

La première consiste à supprimer toute intervention morbide de la part du kyste, en enlevant sa cause productrice, la dent ou les débris qui en sont l'origine ;

La seconde, traiter directement le catarrhe du sinus.

Sur ce dernier point, la thérapeutique repose essentiellement sur le drainage du sinus et sur les applications antiseptiques. Telle a été, du reste, exactement la conduite du Dr Bauzon et de M. Pozzi.

Il reste toutefois un point qui appelle encore notre attention : Nous avons vu, en effet, dans l'observation du Dr Bauzon, que M. Pozzi a pénétré dans le sinus, non par l'alvéole des racines extraites, mais par le vestibule de la bouche.

On a beaucoup discuté, et l'on discute encore, sur le meilleur procédé applicable à la trépanation du sinus. Trois méthodes ont été proposées :

1° La voie qu'on pourrait appeler *physiologique*, par l'orifice naturel du sinus, la voie nasale. C'était l'idée de Hunter et de Jourdain, et ce dernier auteur, qui nous a laissé tant de documents précieux sur les maladies de la bouche et des mâchoires, nous apprend qu'il a dû renoncer à ce procédé devant l'impossibilité de pénétrer sans lésion par l'orifice naturel. Nous comprenons d'autant mieux les réserves de Jourdain, que nous avons essayé nous-même le cathétérisme du sinus par le même trajet sur le cadavre et sur le vivant, sans être plus heureux que lui.

Toutefois, l'idée de Hunter et de Jourdain a été reprise dans ces dernières années, d'abord par Zuckerlandt, qui, en 1882, proposa d'entrer dans le sinus en perforant sa paroi dans le méat moyen ; puis par Mikulicz, qui préconisa la trépanation du méat inférieur. Ce dernier a même imaginé un instrument spécial pour traverser la paroi osseuse, assez épaisse en cet endroit[1].

2° Une seconde voie est celle du vestibule de la bouche, par la fosse canine. C'est le procédé de Desault. Il représente évidemment le plus simple et le plus court chemin. Son trajet ne dépasse pas, en effet, quelques millimètres, et sa situation déclive offre maints avantages.

3° Le troisième procédé est la voie alvéolaire, ouverte par l'avulsion d'une dent en rapport anatomique avec le plancher du sinus. Nous n'insisterons pas sur cette dernière méthode, qui, sauf indications particulières, s'impose d'elle-même dans la plupart des cas, puisque la première indication à remplir est l'ablation de la dent ou des débris, qui sont la cause initiale de la maladie. Ainsi se crée immédiatement une communication entièrement favorable au point de vue du drainage, des applications antiseptiques ou médicamenteuses.

Telles sont les trois méthodes auxquelles nous ajouterons, à titre de simple mention, le procédé de trépanation par la voûte palatine, proposé par Bertrand et Gooch.

Dans tous les cas, et quel que soit le procédé d'ouverture du sinus, le drainage est la condition essentielle de la guérison.

Mais combien de temps doit-il être gardé ? Quelles sont les limites de son maintien ?

La durée du drainage est très variable, et le plus souvent fort longue. Nous connaissons des exemples dans lesquels il a été prolongé plusieurs années, toute tentative de suppression provoquant le retour des accidents.

On peut formuler d'une manière générale le précepte suivant :

Le drainage devra être maintenu d'autant plus longtemps que l'ouverture du sinus aura été plus tardive.

Ainsi l'ouverture immédiate du sinus, pour une première crise de catarrhe causé par une simple périostite alvéolaire dont on supprime de suite la cause par l'extraction d'une dent, se guérit en quelques jours. Au contraire, un catarrhe durant depuis plusieurs semaines ou plusieurs mois guérit très lentement et nécessite parfois le maintien indéfini du tube.

Le cas du Dr Bauzon rentre un peu dans cette dernière catégorie. Mais nous nous empressons d'ajouter que ce mode de drainage,

[1] Höhle, *Arch. für Klin. chir.*, t. XXXIV, p. 626; 1886.

qui assure au malade un repos complet, est en outre si facilement supporté qu'il n'y a aucune raison pour en hâter la suppression.

En résumé, messieurs, j'ai l'honneur de vous proposer :

1° De déposer l'observation du Dr Bauzon dans nos Archives ;

2° D'adresser des remerciements à l'auteur pour sa très intéressante communication.

Discussion.

M. Després. Chez un de mes malades qui avait eu un catarrhe purulent intense du sinus, il se fit une ouverture qui resta fistuleuse. Plus tard, ayant fermé cette fistule, il survint une rétention avec ozène très prononcé. Je rouvris aussitôt l'alvéole, et depuis je fais porter au malade un obturateur en argent, qui est enlevé le matin pour les soins de propreté et pour faire des lavages.

M. Magitot croit-il qu'on puisse, sans inconvénients, obturer ces fistules du sinus maxillaire sans craindre la production de l'ozène?

M. Magitot. J'ai répondu par avance à la question de M. Després : Une ouverture récente du sinus s'oblitère souvent d'elle-même; tandis que dans le cas de catarrhe confirmé, il faut parfois maintenir indéfiniment le drainage.

Cependant il est des cas où, à la longue, la suppuration cesse, le catarrhe se tarit, la muqueuse du sinus se sèche et la fistule s'obture d'elle-même.

MM. Kirmisson et Reclus demandent la parole sur le rapport de M. Magitot; M. le Président renvoie la discussion à la prochaine séance.

Présentation de pièce.

M. Larger présente un *lipome congénital de la région inguinale, à développement rapide.*

Cette tumeur que je viens d'enlever à un nouveau-né et dont le volume et la forme rappellent ceux d'un gros œuf de poule présente, à la coupe, l'aspect du lipome. L'examen que M. Retterer, chef du laboratoire d'histologie de la Faculté, a bien voulu en pratiquer démontre en effet que le néoplasme est exclusivement constitué par de la graisse (lipome pur).

Observation. — L'enfant, qui est du sexe féminin, me fut présentée peu de jours après la naissance. Je constatai l'existence d'une tumeur du volume d'une petite noisette, située à l'orifice externe du

canal inguinal droit, peu ou point adhérente à la peau, paraissant adhérer davantage à la profondeur, complètement irréductible, indolore, de consistance assez durc. Mon diagnostic fut celui-ci : tumeur dermoïde ou inclusion fœtale. Je conseillai d'attendre.

Mais la tumeur ne tarda pas à prendre un développement assez rapide. Si bien qu'aujourd'hui, que l'enfant a atteint l'âge de 9 mois, l'état était celui-ci :

Tumeur transversale de la région inguinale droite, du volume d'un gros œuf de poule, présentant tout à fait l'aspect extérieur d'une hernie, mais n'augmentant jamais de volume pendant les cris où les efforts de l'enfant, et absolument irréductible. La peau peut se plisser sur elle, mais d'une manière limitée; vers la profondeur, les doigts perçoivent la sensation d'un pédicule dont le lieu d'implantation se dirige vers l'orifice externe du canal inguinal. La consistance est devenue molle, quasi fluctuante, avec quelques légères indurations à la partie externe et au milieu. Cette sensation rappelait celle que donne le lipome : j'en fis la remarque à mon excellent ami le Dr Granjux, qui m'assistait; mais vu la rareté des lipomes congénitaux, d'une part, et surtout le développement rapide de la tumeur, de l'autre, je n'osai pas affirmer ce diagnostic. Quoi qu'il en fût, la tumeur devait être enlevée.

Je pratiquai l'opération le 9 octobre, sous le chloroforme et avec les mesures antiseptiques. La tumeur fut trouvée assez adhérente à la peau, mais énucléable et tout à fait superficielle. D'assez nombreux vaisseaux furent ouverts; mais, grâce à la forcipressure, l'hémorrhagie fut minime et toute ligature inutile. Neuf points de suture étagés, sans drain et sans autre pansement qu'un large badigeonnage au collodion iodoformé, ont amené la réunion par première intention. Il n'y a pas eu un instant de fièvre et l'enfant n'a cessé de bien teter.

Ce fait me paraît digne de remarque pour deux raisons, à savoir : la grande rareté des lipomes congénitaux, et surtout le développement rapide acquis par la tumeur, développement qui fut tel qu'on ne l'a jamais observé, à ma connaissance.

Les quelques observations de lipomes congénitaux qui ont été publiées [Sénac, Du Lipome congén. (*Thèse de Paris*, 1885, n° 84)] se rapportent presque toutes à des cas de nævus dégénérés, ou bien se remarquent à la tête ou au rachis, sur les lieux d'implantation de l'exencéphale (encéphalocèle congénitale) ou du spina bifida, principalement aux deux extrémités, supérieure et surtout inférieure de l'axe cérébro-spinal [Molk, Des Tum. congén. de l'extr. infér. du tronc (*Thèse de Strasbourg*, 1868, n° 106), et Inda, Des Lipomes du périnée, etc. (*Thèse de Paris*, 1884, n° 54)].

Moi-même j'ai observé un cas de lipome congénital, non relaté dans les thèses ci-dessus [R. Larger, De l'Exencéphale (*Arch. gén. de méd.*, 1877)]. Il s'agissait d'un lipome qui coiffait une petite méningocèle, ou kyste, de la région sous-occipitale; ce qui prouve

bien qu'il existe une certaine relation entre ces productions congénitales.

Il se pourrait que la tumeur que je présente aujourd'hui eût été elle-même en rapport avec une hernie inguinale congénitale, c'est-à-dire ayant disparu au moment de la naissance : son lieu d'implantation vers l'orifice externe du canal inguinal semble du moins l'indiquer. Quoi qu'il en soit, elle présente la plus grande analogie avec le fait communiqué par Voillemier à l'Académie de médecine en 1864 et relaté dans la thèse de Sénac, page 52.

Discussion.

M. Lannelongue. Les lipomes congénitaux sont rares, ainsi que l'a dit M. Larger. Cependant j'en ai vu quelques-uns dans le scrotum, lesquels adhéraient même au testicule. Un de ceux que j'ai observés logeait dans la région crurale et fut pris pour une hernie. C'est au niveau du rachis qu'ils sont le plus fréquents.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,
Terrillon.

Séance du 19 octobre 1887.

Présidence de M. Horteloup.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Le 7me fascicule du tome XIII de nos *Bulletins et Mémoires*, année 1887 ;

3° Le Calendrier (Annuaire) du Collège royal des chirurgiens d'Angleterre ;

4° Un mémoire pour le prix Laborie, avec la devise : *la fin*

juge les moyens, mémoire intitulé : *la Guerre au Tonkin et à Formose ;* statistique et observations chirurgicales (inscrit sous le n° 1) ;

5° Des lettres de MM. Nélaton et Quénu, demandant un congé pendant la durée du concours d'internat dont ils font partie (commission des congés) ;

6° Une lettre de M. le ministre de l'instruction publique relativement à la subvention accordée à la Société (suit cette lettre) :

Paris, le 22 septembre 1887.

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous annoncer que je viens de prescrire l'ordonnancement, au nom de la Société de chirurgie, d'une somme de 800 francs, en échange de vingt exemplaires de ses publications.

Cette somme sera payée sur l'acquit du trésorier de la Société, dont je vous prie de me faire connaître le nom par retour du courrier.

J'ai encore été heureux cette année, Monsieur le Président, de pouvoir disposer, en faveur de la Société de chirurgie, de la somme qui lui avait été allouée sur les exercices précédents. Mais les économies exigées par les Chambres portent sur tous les chapitres de mon budget et réduisent de beaucoup les fonds destinés aux sociétés savantes. J'aurai donc le regret de ne pouvoir désormais accorder à la Société de chirurgie, en échange de vingt exemplaires de ses publications, qu'une somme de 500 francs, qui représente une valeur supérieure au prix de vente des exemplaires mis à ma disposition.

La Société de chirurgie ne saurait d'ailleurs douter de mon dévouement aux intérêts scientifiques qu'elle défend ; les nécessités budgétaires seules m'ont forcé à restreindre l'appui financier que le ministère de l'instruction publique lui a prêté constamment; elle comprendra, j'en suis convaincu, la légitimité des raisons que je viens d'invoquer, et continuera, comme par le passé, de me tenir au courant de ses intéressants travaux.

Recevez, monsieur le Président, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Le Ministre de l'Instruction publique,
des cultes et des beaux-arts,

E. Spuller.

7° Une note de M. le Dr Villeneuve (de Marseille), membre correspondant, avec une observation de *Coup de feu dans la tête;*

8° *Étude étiologique sur l'ulcère des pays chauds*, par le professeur Sirus-Pirondi et le Dr C. Oddo ;

9° *The Beaufort artificial arms most legs for the crippled poor*, by H. Maxwell, C. R. général, R. M. ;

10° Divers travaux de chirurgie, par le professeur AND. CECCHERELLI (de Parme) : 1° *la Chirurgie comme science et commo art ; 2° Observation sur la croissance des os ; 3° Hygroma de la bourse de Boyer ;*

11° *Balle enclavée dans le crâne pendant plusieurs années,* par le Dr GESCHWIND, médecin major de 1re classe (commissaire : M. Berger) ;

12° *De la suture primo-secondaire des plaies,* par le Dr RÖHMER, agrégé de la Faculté de Nancy (commissaire : M. Berger).

Coup de feu du crâne. — Observation résumée de M. VILLENEUVE (de Marseille), membre correspondant.

Homme de 17 ans, tentative de suicide, coup de revolver à la tempe gauche; le blessé peut marcher environ 50 mètres. Coma profond ; simples lavages à l'eau-de-vie, glace, iodoforme, pas d'intervention. Le lendemain cessation des troubles intellectuels et moteurs. Exophthalmie de l'œil gauche avec perte de la vision. Aucun accident. La vision revient un peu mais reste très mauvaise, et un an plus tard, M. Nicati constate une atrophie du nerf optique avec choroïdo-rétinite centrale, paralysie de la pupille et du muscle droit externe. Santé générale très bonne.

Suite de la discussion sur la pathogénie des kystes alvéolo-dentaires.

M. KIRMISSON. Dans la dernière séance, M. Magitot, revenant sur la pathogénie des kystes périostiques des mâchoires, a bien voulu citer l'opinion que j'ai défendue à cet égard. Je ne saurais m'en plaindre, mais je demande la permission de lui répondre.

Comme on le sait, deux théories en sont présence : l'une, de M. Magitot, est la théorie périostique ; l'autre, appartenant à M. Malassez, peut être dite théorie des débris épithéliaux paradentaires.

M. Magitot a dit, dans la dernière séance, qu'il considérait la paroi kystique comme formée par un reste de la paroi folliculaire tapissée de son épithélium. Mais c'est là une opinion nouvelle, défendue par lui seulement en 1884 et 1885, à la Société de biologie. Dans son *Mémoire des Archives de médecine* de 1872-1873, il s'exprimait ainsi : « Il se forme aussi à la face profonde (de la paroi kystique) une couche d'épithélium sphérique ou polyédrique, tantôt simple, tantôt stratifiée, présentant parfois des villosités qui baignent dans le liquide. Cette formation a lieu par genèse directe. »

Or, la genèse des éléments anatomiques aux dépens d'un blas-

tème n'est plus guère de mise, à l'heure actuelle, en histologie. On n'admet pas davantage la genèse de cellules épithéliales aux dépens du tissu conjonctif. En ce qui concerne la pathogénie du cancer, par exemple, on n'admet plus la théorie conjonctive de Virchow, et l'immense majorité des anatomistes et des chirurgiens se rattache à l'opinion défendue autrefois par Robin, et ensuite par Waldeyer, qui place l'origine des cellules cancéreuses dans une altération d'un épithélium préexistant. Il n'est donc pas possible de faire naître l'épithélium qui tapisse la paroi kystique du tissu fibreux que représente le périoste alvéolo-dentaire.

Et d'ailleurs, ce périoste, au sens où l'entendait M. Magitot, n'existe pas. « Au point de vue de la structure, dit-il dans son mémoire de 1872, le périoste dentaire est parfaitement assimilable au périoste osseux. » Eh bien! non; il est facile de voir, comme l'a établi M. Malassez, comme l'a dit M. Aguilhon de Sarran dans un mémoire à la Société de chirurgie, qu'il n'y a pas là de périoste analogue à celui que l'on trouve dans la constitution du tissu osseux, mais seulement un tissu fibreux dont les fibres se dirigent obliquement en bas et en dedans, des parois alvéolaires vers la racine de la dent, tissu fibreux dont l'ensemble mérite bien le nom de ligament alvéolo-dentaire. La lecture du mémoire de M. Malassez, l'étude des figures qn'il y a jointes, et surtout l'étude de ses préparations, que j'ai pu faire, grâce à l'obligeance de l'auteur, ne laissent aucun doute à cet égard. Rien n'est plus facile que d'observer en même temps les nombreux groupes de cellules épithéliales interposées dans l'épaisseur de ce ligament, cellules auxquelles M. Malassez a donné le nom de débris épithéliaux paradentaires, et dont il fait le point de départ des kystes des racines ou alvéolo-dentaires.

On peut objecter encore à M. Magitot que, si l'origine des kystes était telle qu'il l'a décrite, il devrait y avoir adhérence intime entre la paroi kystique (ou le périoste, pour lui, c'est tout un) et l'os sous-jacent, de telle sorte que, pendant l'avulsion de la dent, il y aurait toujours rupture de la paroi du kyste. On sait, au contraire, que, suivant la remarque faite depuis longtemps par Delpech, on entraîne quelquefois avec la dent une petite poche kystique parfaitement intacte. Ce fait devient facile à comprendre avec l'interprétation de M. Malassez. Des fongosités se développent au niveau du sommet de la racine; puis elles sont pénétrées par l'épithélium paradentaire poussant un bourgeon dans leur profondeur. De là, la formation d'un kyste indépendant de la paroi alvéolaire, et qui peut être extrait en totalité.

En un mot, tout en reconnaissant l'importance des travaux de M. Magitot sur cette question, tout en adoptant ses vues cliniques

sur les relations existant entre les kystes alvéolo-dentaires et les maladies de la racine et de la pulpe dentaire, il nous semble que l'interprétation pathogénique donnée par lui ne peut plus être conservée. Aussi je crois ne devoir en rien modifier la phrase suivante, que j'ai écrite en 1885 : « En résumé donc, si par une excellente étude, M. Magitot a appelé l'attention sur les kystes alvéolo-dentaires ou kystes des racines, c'est à M. Verneuil qu'appartient l'honneur d'avoir le premier donné la pathogénie véritable de cette variété de kystes, pathogénie qui vient de recevoir des recherches anatomo-pathologiques de M. Malassez une éclatante confirmation. »

M. Reclus. J'ai été le premier, je crois, à publier les idées de M. Verneuil sur l'origine paradentaire du kyste du maxillaire; c'était en 1876, dans un petit mémoire sur l'*Épithélioma térébrant du maxillaire supérieur*. J'avais fait, à cette époque, quelques recherches anatomiques; les pièces furent confiées à M. Malassez, qui depuis a publié sur ce sujet des travaux concluants.

Les critiques de M. Magitot et les pièces qu'il nous montre n'ont pas modifié mon opinion; je ne m'explique pas comment le pus amassé sur le périoste alvéolo-dentaire fait converger des efforts vers l'os pour le refouler et constituer ainsi le kyste au lieu de s'échapper par en bas, vers le collet de la dent. Le pus, nous le savons, s'infiltre dans les tissus où la résistance est moindre; et je crois qu'il ne faut pas comparer, sous ce rapport, la résistance du périoste à celle de l'os.

Ce n'est pas tout; parmi les pièces que j'avais communiquées à M. Malassez, il y avait un fait important : il s'agissait d'une dent, arrachée par erreur par le garçon de consultation de la Pitié; elle était saine de sa couronne à sa racine; or, elle portait adhérant à sa pointe un petit kyste du volume d'un grain de chènevis, pyriforme, et semblable à une petite perle. Sa cavité était distendue par un liquide séreux et sa paroi tapissée par un épithélium. Or, il paraît que ce kyste n'est pas rare dans le maxillaire. N'est-il pas plus naturel de le considérer comme l'origine des kystes chirurgicaux du maxillaire supérieur que d'imaginer la théorie de M. Magitot, qui s'accommode mal avec plusieurs faits de pathologie générale?

C'est ainsi que déjà, dans mon mémoire, j'insistai sur la difficulté d'expliquer le revêtement épithélial de la face interne du kyste, si ce kyste avait pour origine une suppuration alvéolo-dentaire. Mais M. Kirmisson a trop insisté sur ce point pour que j'y revienne, et voilà pourquoi je tiens toujours comme exacte la théorie paradentaire.

M. Magitot. Avant de répondre à l'argumentation de MM. Kirmisson et Reclus, je me féliciterai tout d'abord d'avoir porté une fois encore cette question de la pathogénie des kystes dits périostiques des mâchoires devant la Société de chirurgie, c'est-à-dire devant des chirurgiens qui sont en même temps des anatomistes. Cette question, en effet, est double : elle est à la fois anatomique et chirurgicale ; aussi les arguments que m'oppose M. Kirmisson appartiennent-ils à ces deux points de vue.

Ils sont au nombre de trois : les deux premiers portent sur l'origine de l'épithélium kystique et la nature anatomique du périoste alvéolaire ; le troisième, d'ordre clinique, est relatif au lieu de début et au mode de développement de la poche kystique. J'aborderai successivement ces trois points.

En premier lieu, M. Kirmisson, rappelant le problème si souvent soulevé déjà, ici même, de l'origine, à la face interne de la paroi d'un kyste, d'un revêtement épithélial, m'adresse de nouveau le reproche d'avoir émis naguère cette idée que l'épithélium se formait dans ce cas par voie de genèse. Des protestations si vives ont été faites à cette manière de voir, que j'ai cru devoir l'abandonner, et chercher ailleurs une explication satisfaisante.

Ici, je n'avais, ainsi que je l'ai dit dans la dernière séance, que l'embarras du choix, puisqu'il était établi que la paroi kystique, formée des éléments du ligament alvéolaire, n'était autre que l'enveloppe folliculaire elle-même, laquelle est, comme on sait, revêtue à sa surface interne d'une couche épithéliale du type malpighien, tandis que sa face externe est tapissée de ces masses épithéliales, débris du cordon primitif de l'organe de l'émail, et que les débris pénètrent même dans l'épaisseur des ligaments. La présence de l'épithélium kystique me paraissait donc très facile à expliquer.

Aujourd'hui, j'ai tout lieu de déplorer d'avoir abandonné ma première hypothèse de la genèse de l'épithélium, et je serais tout à fait disposé à y revenir malgré les explications, pleinement satisfaisantes à mon avis, que je viens de donner.

Ne sait-on pas, en effet, que certaines poches accidentelles, les bourses séreuses professionnelles, les cavités qui renferment des corps étrangers, etc., se tapissent d'un revêtement épithélial qui prend le nom d'endothélium ?

La présence d'un épithélium dans de telles conditions était bien faite pour embarrasser les auteurs qui se refusaient à admettre une genèse épithéliale possible, et elle les embarrassait si fort, qu'ils en ont simplement nié l'existence. Mais il n'en est plus de même aujourd'hui, et il s'est fait sur ce point d'histogénie un grand revirement d'idées : sous l'influence des doctrines de l'École de Lyon et des travaux de M. J. Renaut, en particulier, la genèse

de l'épithélium peut s'effectuer dans les éléments du mésoderme, et comme dérivation des cellules du tissu conjonctif, suivant un mécanisme déjà étudié d'ailleurs par Ranvier (1). Dès lors, ce qui est possible dans une bourse séreuse accidentelle l'est également dans un kyste. Ce serait donc à notre tour de nous étonner quand nous lisons dans le travail de M. Malassez : « Il est inutile de discuter une genèse ou bien une transformation de cellules conjonctives en cellules épithéliales (2). » Ajoutons que cet épithélium kystique dont il est question est lui-même très variable, tantôt abondant, épais, stratifié ; tantôt si mince, si rare en quelque sorte, qu'il faut tous les procédés de coloration employés en technique pour en révéler l'existence, et il apparaît alors avec le même aspect que l'endothélium des cavités accidentelles. C'est sans doute à la rareté même de ces épithéliums qu'est due cette opinion d'un auteur anglais, Eve, qui dit n'en avoir pas constaté dans les kystes périostiques (3).

Mais M. Malassez, qui prétend avoir formulé, même avant MM. Verneuil et Reclus, cette théorie du développement kystique aux dépens d'un débris épithélial paradentaire, est-il donc si affirmatif? Il est permis d'en douter, car il se borne à émettre un certain nombre d'hypothèses, et dans l'examen auquel il se livre à leur sujet, nous relevons ces mots : « Les débris paradentaires, origine supposée de la néoformation kystique (1), » et plus loin : « Cette théorie a pour elle la plus grande vraisemblance (2). »

N'insistons pas sur cette discussion et bornons-nous à dire que nous ne rencontrons aucune difficulté pour établir la présence du revêtement épithélial du kyste.

Voilà pour le premier point.

Sur le second point, la nature du périoste alvéolaire, je n'ai fait depuis longtemps aucune difficulté pour accorder à M. Malassez l'exactitude de ses vues anatomiques. Le périoste dentaire, tel que je l'ai décrit sous ce nom, est donc un véritable ligament, avec la structure que M. Kirmisson vient de rappeler. Je dirai seulement que si j'ai décrit sous le nom de périoste, et pour me conformer à un vieil usage, ce revêtement fibreux alvéolaire, j'ai fait aussi quelques réserves sur sa constitution anatomique.

M. Kirmisson cite un passage de mes études dans lequel je dis

[1] J. Renaut, art. Épithélial (Tissu) (*Dictionn. encycl.*, 1re partie, t. XXXV, p. 264 et suiv.).

[2] Malassez, Sur le rôle des débris épithéliaux paradentaires (*Archives de Physiologie*, p. 317; 1885).

[3] Cystic tumours of the jaws (*British Journal of dents. sc.*, 1er mars 1883).

[4] *Loc. cit.*, p. 323 et suiv.

[5] *Loc. cit.*, p. 330.

que ce périoste alvéolaire est en tous points comparable au périoste osseux, soit, mais dans une autre publication je retrouverais cette phrase :

« La constitution du périoste dentaire semble se rapprocher par son état physique de celle du périoste osseux, dont elle s'éloigne cependant par d'autres caractères (1), » et j'indique ces caractères, parmi lesquels il faut comprendre la présence d'un certain nombre d'éléments anatomiques accessoires : noyaux fibro-plastiques, cellules à myéloplaxes, cystoblastions, considérés alors, suivant les idées régnantes de Charles Robin, et enfin des éléments épithéliaux décrits ultérieurement dans nos recherches avec Ch. Legros, et dont nous avons retrouvé d'ailleurs l'intervention pathogénique dans ces tumeurs de nature épithéliale du périoste dentaire (2).

Or, quelle est, en réalité, la part de M. Malassez dans cette question ? La voici : M. Malassez, avec sa compétence incontestable d'histologiste consommé, a pris des dents affectées d'altérations diverses du ligament alvéolaire. Il a pratiqué des coupes suivant les procédés qu'il nous fait connaître, et après ramollissement des pièces dans l'acide picrique et l'acide azotique. C'est ainsi qu'il décrit et figure dans la série de ces coupes des vacuoles intraligamenteuses remplies de pus et de cellules épithéliales, et ce sont ces vacuoles qu'il regarde comme nos kystes périostiques à leur début.

Cette interprétation n'est point exacte, et ce que M. Malassez décrit sous le nom fictif de kystes, ce n'est autre que de simples abcès, des poches suppurées développées dans l'épaisseur du ligament, à la faveur des phénomènes inflammatoires. Ce sont des accidents de la périostite, ou, si l'on veut, de l'arthrite alvéolaire : ce ne sont pas des kystes.

Les kystes dits périostiques, en effet, et c'est ainsi que nous arrivons au troisième point de l'argumentation de M. Kirmisson, c'est-à-dire à la question clinique, ces kystes, dis-je, comme je l'ai répété tant de fois, ont un siège et un lieu d'origine précis, invariable, mathématique : l'extrémité du canal radiculaire, qui répond nécessairement au sommet même de la racine d'une dent.

Or, en serait-il ainsi, si le début du kyste avait lieu dans l'un de ces débris épithéliaux paradentaires qui occupent un point quelconque des parties latérales du ligament, aussi bien que le sommet ?

Ces kystes, les vrais kystes, on les connaît à toutes les phases

[1] *Mémoire sur les tumeurs du périoste dentaire*, p. 5. Paris, 1860.

[2] *Idem*, p. 46 et suiv.

de leur développement, dès qu'ils ont le volume d'une tête d'épingle ou d'un grain de millet, jusqu'à leur état de véritable tumeur.

Mais en a-t-on observé sur les côtés d'une racine, vers son milieu, au voisinage du collet? Jamais; il n'en existe aucun exemple. C'est le sommet, le sommet seul, l'extrémité du canal radiculaire, qui en est le siège invariable, exclusif; et si M. Kirmisson veut bien m'en montrer un seul qui ne réponde pas à cette loi absolue, je me déclare convaincu.

Aussi avec quelle simplicité et avec quelle évidence s'explique, dans notre théorie, le développement de la poche initiale par voie de rétention d'un liquide pathologique qui soulève à l'orifice du canal radiculaire les éléments fibreux du ligament. J'ai dit de plus que ce mécanisme pouvait se produire expérimentalement par rétention mécanique artificielle d'un simple suintement séreux ou séro-purulent, accident si fréquent de certaines formes de carie.

M. Kirmisson ne devrait pas s'étonner que ces petits kystes soient si facilement entraînés entiers au dehors avec les dents qui les portent. Ne sait-on pas, en effet, que le ligament alvéolaire adhère à la surface radiculaire, dans l'état normal et à l'état pathologique, bien plus intimement qu'à la paroi osseuse de l'alvéole; ces adhérences sont encore accrues lorsque les tissus ligamenteux, soulevés et irrités par un afflux de liquide pathologique, s'hypertrophient pour constituer ce sac épais, résistant, et dont les parois, fongueuses ou villeuses, circonscrivent une cavité parfois très petite, bien qu'ayant toujours pour centre la lumière même du canal radiculaire. Cette dernière remarque que M. Kirmisson semble nous opposer serait donc, au contraire, favorable à la théorie périostique.

A M. Reclus, qui rapporte une observation de M. Malassez dans laquelle on a rencontré un kyste au sommet d'une dent qu'il a qualifiée de *saine*, nous répondrons qu'il y a ici une petite erreur d'interprétation : une telle dent peut être dépourvue de carie préalable ou de toute autre lésion appréciable, mais elle n'est pas *saine*, puisqu'elle porte un kyste. Nous avons cité un très grand nombre de faits de ce genre dans lesquels des kystes périostiques ont été trouvés sur des dents absolument dépourvues de toute autre lésion, soit que le kyste ait été le résultat d'un traumatisme connu ou méconnu, soit qu'il se fût développé spontanément et sans cause appréciable. M. Reclus fait d'ailleurs sur ce cas une remarque précieuse en déclarant que ce kyste occupait exactement le sommet radiculaire.

Comme conclusion des considérations qui précèdent, nous persistons à soutenir notre théorie du développement des kystes des mâchoires dits périostiques, ne pouvant reconnaître dans les objections qui nous sont opposées aucune observation ni aucun fait

contre lesquels ne protestent à la fois l'histogénie, l'anatomie pathologique et la clinique.

M. Kirmisson. Je l'ai déjà dit, j'accepte les vues cliniques de M. Magitot sur le développement de ces kystes et leurs rapports avec les maladies de la racine et de la pulpe dentaire.

Le point qui nous divise, c'est l'anatomie pathologique. Or, M. Magitot dit accepter la structure du ligament dentaire, telle qu'elle résulte des recherches les plus modernes. Il admet que les masses épithéliales logées dans ce ligament peuvent être le point de départ de l'épithélium kystique. Nous sommes dès lors bien près de nous entendre.

Communication.

Pyosalpingite double avec ovarite suppurée gauche. — Salpingo-oophorectomie double sans drainage consécutif. — Guérison, par le Dr S. Pozzi.

Mathilde Buv..., âgée de 21 ans, confiseuse, entrée le 5 juillet 1887 à l'hôpital Pascal (annexe de Lourcine), lit n° 16.

Mère morte de tuberculose pulmonaire ; père vivant et très bien portant ; une sœur vivante et tuberculeuse.

Réglée à l'âge de 15 ans. Toujours bien réglée jusqu'à sa grossesse. Un enfant, actuellement âgé de 1 an. Accouchement laborieux en présentation du siège.

Au mois de juillet 1886, un mois après son accouchement, la malade entre dans le service de M. Gallard, se plaignant de douleurs dans le ventre. Elle reste quatre mois à l'Hôtel-Dieu et en sort *guérie* (?). Nous ne savons rien du diagnostic fait à cette époque par M. Gallard.

Au mois de février 1887, la malade est reprise de nouveau de douleurs dans le ventre, douleurs plus aiguës que la première fois et qui s'irradient dans les reins et dans les cuisses. Ces douleurs se présentent sous forme d'élancements. Elles apparaissent au moindre mouvement et empêchent absolument la malade de marcher.

Deux mois plus tard, il se produit une amélioration dans l'état de la malade, et ce serait vers cette époque qu'elle contracte une blennorrhagie à la suite de laquelle tous les symptômes s'aggravèrent.

La malade n'a presque plus quitté le lit depuis cette époque. Les règles sont très irrégulières, elle a des hémorrhagies tous les quinze jours, qui durent pendant quatre et cinq jours.

Elle entre dans le service de M. Pozzi le 2 juillet 1887. L'état général est bon, bien que la malade se dise amaigrie ; le ventre n'est pas augmenté de volume.

En pratiquant le toucher vaginal, on trouve le col de l'utérus immobilisé entre deux tumeurs et dévié à droite. Les culs-de-sac latéraux sont effacés. Dans le cul-de-sac latéral gauche, on constate l'existence

d'une tumeur assez volumineuse, allongée, irrégulière, qui repousse l'utérus à droite. Dans le cul-de-sac droit, on trouve une seconde tumeur bien moins volumineuse que la première, également allongée et irrégulière. Le col n'est pas augmenté de volume, il est un peu mou et les lèvres sont le siège d'un ectropion assez prononcé.

L'utérus mesure 7 centimètres à l'hystéromètre. Le toucher rectal permet de constater qu'il n'y a rien en arrière de l'utérus, on sent le fond de l'organe en rétroversion.

M. Pozzi, en présence de ces symptômes, fait le diagnostic de salpingite double, probablement suppurée.

Opération, le 9 juillet 1887. — Incision de la paroi abdominale sur la ligne blanche, ouverture du péritoine. On trouve dans le petit bassin, du côté gauche, la trompe dilatée, soudée à l'ovaire par des fausses membranes. Du côté droit, les lésions sont moins avancées (voir plus loin l'examen des pièces anatomiques).

Les tumeurs sont enlevées après avoir pédiculisé leur base par des points de suture à la soie. Le fil de soie est passé avec une aiguille courbe mousse.

Les deux feuillets du ligament large sont ensuite réunis par un surjet en catgut avec une grosse aiguille courbe pointue.

La suture de la paroi abdominale est faite de la façon suivante : Deux surjets superposés avec du catgut réunissent d'abord le péritoine, puis les aponévroses. Les muscles et la peau sont suturés avec des fils de soie formant une série de sutures profondes à points séparés, puis on place quelques points très superficiels de fin catgut pour achever le parfait affrontement de la peau.

Les trois premiers jours qui suivirent l'opération, la malade eût une température assez élevée.

La température tomba le quatrième jour. — Le septième jour, il y eut de nouveau une élévation de température, et le lendemain on dut ouvrir un très petit abcès de la paroi abdominale, qui avait pris naissance entre la peau et le point moyen de suture.

La température baissa immédiatement, et le quinzième jour la plaie était complètement cicatrisée.

La malade est opérée maintenant depuis trois mois et demi, l'utérus est mobile, un peu remonté, les culs-de-sac sont plus libres. La palpation combinée avec le toucher montre une parfaite souplesse de la région périutérine.

La guérison peut donc être considérée comme complète.

Les pièces anatomiques ont été immédiatement confiées à M. le Dr Villar, qui m'a remis à leur sujet la note suivante :

Du côté gauche, la trompe présente une coloration d'un rouge intense et une augmentation de volume portant principalement sur le tiers interne de l'organe. En effet, si l'on compare le volume des deux tiers externes à celui du médius d'un adulte, celui du tiers interne peut être comparé au volume d'une noix.

La surface de la trompe est flexueuse et irrégulière. En pratiquant une incision sur la trompe, on la trouve remplie d'un pus liquide.

Il existe aussi un petit foyer purulent dans l'ovaire.

La trompe du côté droit est également rouge, épaissie, et augmentée de volume. Mais cette augmentation est ici plus uniforme ; l'organe peut être comparé à un boudin. Cependant il faut ajouter que la surface de la trompe n'est pas lisse ; elle est au contraire très accidentée, et rappelle par places l'aspect des circonvolutious cérébrales.

A la coupe, pas de pus; mais au niveau de la portion qui correspond à l'orifice utérin, on constate une infiltration purulente dans l'épaisseur des parois.

Sur l'ovaire correspondant, on trouve un tout petit kyste.

L'examen histologique a été pratiqué par M. Brault, dans le laboratoire de M. Cornil.

La couche musculaire des trompes est considérablement épaissie ; les fibres sont dissociées par des infiltrations de cellules lymphatiques qui ne dépassent pas la portion périphérique.

Les villosités de la muqueuse tubaire, très épaissies, sont également infiltrées de cellules lymphatiques.

L'épithélium de revêtement est détruit daus une grande étendue.

Enfin, on trouve des amas considérables de cellules lymphatiques dégénérées et atrophiées, et dans l'intérieur de ces amas on distingue des lambeaux de l'épithélium de revêtement considérablement altéré.

Ces lésions sont à peu près identiques des deux côtés. Pas de follicules tuberculeux. Pas de gonococci. Sur l'ovaire du côté gauche, nous avons également trouvé de l'infiltration embyronnaire.

Il s'agit donc d'une double salpingite purulente chronique avec ovarite purulente du côté gauche.

M. Pozzi fait suivre la lecture de cette observation de quelques remarques relatives à des modifications qu'il a fait subir à la technique opératoire généralement adoptée par ses collègues.

1° *Suppression des éponges.* — On sait combien il est difficile et coûteux d'avoir des éponges absolument septiques, la longueur et le nombre des préparations qu'elles demandent et que M. Terrier a récemment exposées devant la Société. Encore arrive-t-il souvent, même en s'adressant aux meilleurs préparateurs, de rencontrer des éponges dures, peu absorbantes et peu maniables.

M. Pozzi n'emploie plus que des compresses de gaze, pliées en plusieurs doubles et bien ourlées, dont il a emprunté le modèle à la clinique du professeur Billroth. Ces petits matelas sont rendus antiseptiques en les faisant bouillir durant une heure dans la solution phéniquée à 50 0/0. On les conserve ensuite dans une nouvelle solution au même titre jusqu'au moment de les employer. Ces compresses sont alors lavées à l'eau bouillie pour les débarrasser de l'excès irritant d'acide phénique.

La même compresse peut servir plusieurs fois au cours de la même opération, à condition qu'elle n'ait été souillée par aucune matière septique.

Leur prix de revient excessivement médiocre permet du reste d'en faire sans inconvénient une grande consommation et de les détruire après chaque opération.

2° *Suture distincte et perdue des plans profonds.* — On n'a qu'à consulter les séries d'observations les plus récemment publiées, pour voir combien sont fréquents les écartements de la ligne blanche et les éventrations consécutives à la suite des laparotomies. M. Pozzi pense que cela tient au mode de suture généralement adopté qui consiste à ne faire que deux plans de suture, dont l'un comprend à la fois toute l'épaisseur des parois à partir du péritoine jusqu'à la peau ; l'autre, très secondaire et complémentaire, se bornant à quelques points superficiels destinés à la coaptation parfaite du tégument.

On emploie généralement le fil d'argent fort pour le plan profond (ou pour mieux dire *total*), et on le passe à l'aide de longues aiguilles tubulées.

Il y a longtemps que Kœberlé, et après lui d'autres chirurgiens, se sont préoccupés de la réunion distincte du péritoine et des plans aponévrotiques ; mais leur exemple n'a pas généralement été suivi dans nos hôpitaux.

Voici comment Pozzi procède : Il prend un très long fil de catgut, enfilé à une forte aiguille courbe, et, piquant uniquement le péritoine, suture ses deux feuillets à l'extrémité inférieure de la plaie en nouant un *point séparé* unique ; mais au lieu de couper ensuite le fil, il s'en sert pour continuer à suturer le péritoine seul, par un surjet ascendant, jusqu'à l'extrémité supérieure de la plaie. A ce niveau, il porte le surjet de haut en bas, et réunit cette fois isolément le feuillet aponévrotique. Arrivé à la partie inférieure de la plaie, il y retrouve l'extrémité libre du point séparé fait au début, et noue à ce niveau le bout de son fil.

Cette manœuvre se fait très rapidement, pour peu qu'on en ait l'habitude : la suture continue en surjet est, en effet, de tous les modes de réunion, le plus expéditif.

Restent à réunir les muscles et le tégument. Pour les sutures en masse, M. Pozzi repousse complètement l'usage de l'aiguille tubulée, vu la grande difficulté qu'offre son nettoyage et le peu de garanties qu'elle présente au point de vue de l'antisepsie.

Il passe ses fils profonds avec de très grosses aiguilles courbes, enfilées à la manière ordinaire, et, vu la grosseur du fil d'argent qui est alors nécessaire, et dont l'anse rigide pliée dans le chas de

l'aiguille traverse difficilement les tissus, il emploie, au lieu de fil métallique, de la soie plate tressée, très forte sous un petit diamètre. Elle est rendue aseptique par l'ébullition dans la solution phéniquée forte le jour même ou la veille de l'opération. (Plus tard elle devient cassante.)

Les sutures, comprenant à la fois les muscles et la peau, sont faites à points séparés et complétées par quelques sutures superficielles du tégument.

Il est très important d'employer du catgut dont on soit parfaitement sûr. M. Pozzi a pris par suite le parti de le préparer lui-même; il le met d'abord dans l'essence de bois de genévrier (*oleum ligni juniperi*) pendant quelques jours, puis dans l'alcool absolu.

Le petit abcès signalé dans la présente observation était tout à fait insignifiant, et aurait pu sans doute être évité par une protection plus exacte de la plaie durant l'opération. Dans de nombreuses laparotomies subséquentes, le même mode de suture a été employé, et la réunion parfaite s'est produite sans encombre. Les cicatrices ainsi obtenues offrent une netteté et une résistance immédiates incomparablement plus grandes que celles obtenues par le procédé ordinaire. Cette résistance sera-t-elle durable? Il paraît logique de l'espérer.

Communication.

Malformations congénitales. — Troubles trophiques de l'aïnhum et des amputations congénitales, par M. Horteloup.

Au mois d'octobre 1886, entrait dans mon service, à la maison de santé, un homme de 45 ans, pour se faire traiter d'une ulcération qui se trouvait à l'extrémité d'un moignon provenant d'une malformation congénitale de l'avant-pied gauche.

Outre cette malformation, cet homme présentait plusieurs autres difformités dont la description a été prise, avec grand soin, par M. Delagénieu, interne du service.

Cet homme (J.-C.), âgé de 45 ans, comptable, affirme que toutes les malformations que l'on constate sur lui datent de sa naissance. Il a plusieurs frères, dont il est l'aîné, tous bien constitués et n'ayant aucune difformité. Ses parents n'étaient pas consanguins: ils n'ont jamais habité les colonies, et lui-même n'a jamais quitté la France.

Les malformations portent : 1° sur la main droite; 2° sur le pied droit; 3° sur le membre inférieur gauche, jambe et pied.

1° *Main droite.* — Deux doigts seulement sont déformés.

a. L'auriculaire est réduit à ses deux premières phalanges, au bout desquelles se trouve, comme surajouté, un petit tubercule gros comme un pois, séparé par un sillon du bout du doigt. Ce petit tubercule a

une consistance mollasse; la peau qui le recouvre ne présente aucun changement de couleur, mais elle est lisse et tendue. Enfin, sur l'extrémité de ce tubercule, on trouve une production cornée qui paraît être un vestige de l'ongle. En somme, ce petit tubercule semble n'être autre chose que la dernière phalange atrophiée.

b. Le médius semble avoir subi l'amputation de la phalangette. La phalange et la phalangine sont bien conformées, présentent leur longueur et leur volume normaux. L'extrémité de ce doigt incomplet est arrondie et régulière, la peau paraît y être tendue et présente les traces d'une cicatrice étoilée.

2° *Pied droit*. — Trois orteils sont mutilés.

a. Le gros orteil est amputé complètement. A sa place existe un moignon constitué par la tête du premier métatarsien que l'on sent sous la peau. Cette extrémité osseuse ne paraît présenter aucune anomalie; la peau qui la recouvre est légèrement tendue et présente une cicatrice étoilée et froncée en son milieu.

b. Le deuxième orteil est réduit à ses deux premières phalanges; il se termine par un moignon conique sur lequel la peau est tendue, et ne présente pas de cicatrice.

c. Le troisième orteil est représenté par un moignon plus petit que le précédent, et dans lequel on reconnaît plus difficilement la présence de la phalangine. Le moignon est arrondi et la peau qui le recouvre ne présente pas de cicatrice.

3° *Jambe gauche*. — Elle présente à étudier un sillon circulaire et profond situé au-dessous du genou, une jambe déformée et un pied mutilé.

a. Sillon complètement circulaire, siège au niveau de la tubérosité antérieure du tibia. Il ressemble à l'encoche qu'aurait laissée un lien circulaire très serré. Dans le fond de ce sillon, mais seulement dans les parties antérieures et latérales, on aperçoit faisant saillie une sorte de bride également circulaire représentant les trois quarts d'un anneau. Cette bride présente environ 4 millimètres à sa base et 2 millimètres d'épaisseur; elle disparaît à la partie postérieure. En passant le doigt dans le fond du sillon, on sent que la dépression arrive jusqu'au squelette de la jambe. On peut en effet sentir le tibia et le péroné, ce dernier os semblant plus rapproché du tibia qu'à l'état normal. Enfin, la bride signalée plus haut est dure au toucher et donne la sensation d'un lien couché dans le fond du sillon, où il maintiendrait la peau appliquée sur le squelette. A la partie postérieure, là où la bride semble disparaître, le fond du sillon est moins dur, la peau est moins adhérente, enfin la pulpe du doigt y perçoit de légères ondulations pulsatiles isochrones au pouls radial. Au-dessus du sillon, la peau paraît normale, sa couleur n'est pas modifiée: elle est mobile sur les bords du sillon, tandis qu'elle devient de plus en plus tendue et adhérente à mesure qu'on se rapproche du fond.

Dans la partie située au-dessous du sillon, la peau présente une coloration violacée; elle est tendue et luisante, adhérente au fond du

sillon, plus mobile sur son bord, où elle se continue avec celle de la jambe.

b (*jambe*). Elle a la forme d'un fuseau dont le sommet répondrait au sillon et la base au moignon qui termine le membre. Elle est plus petite que celle de l'autre côté et elle présente une forme circulaire.



A sa partie inférieure, dans le point qui correspond au tiers inférieur d'une jambe normale, elle présente un rétrécissement circulaire, mais n'offrant aucune analogie avec le sillon déjà décrit. Du reste, le malade attribue l'existence de cette dépression à l'usage de chaussures spéciales qu'il porte et qui prennent point d'appui en cet endroit.

La peau qui recouvre la jambe est violacée, elle paraît tendue et elle

est luisante. A la palpation, elle semble mollasse, mais libre sur les parties profondes, qui donnent, à la pression exercée, la sensation d'un empâtement. Enfin, à la partie postérieure et inférieure, on sent une saillie sous-cutanée et longitudinale que l'on peut suivre jusqu'à une saillie osseuse. C'est le tendon d'Achille qui se rend au calcanéum; enfin, signalons qu'on ne peut pas nettement sentir la présence des deux malléoles qui se confondent avec les parties environnantes. Celles-ci constituent un moignon d'amputation qui tient lieu de pied.

c (*pied*). Il est représenté par un moignon qui rappelle assez bien celui d'une amputation médio-tarsienne de Chopart. Ce moignon présente deux saillies : l'une antérieure plus longue, plus volumineuse et descendant plus bas que l'autre; celle-ci est postérieure, c'est sur elle que vient s'attacher le tendon d'Achille. Entre ces deux saillies, la peau du moignon est déprimée et présente les traces d'une cicatrice. La peau qui recouvre les parties saillantes présente des durillons causés par la pression exercée pendant la marche.

En immobilisant la partie inférieure de la jambe et en cherchant à imprimer des mouvements au moignon, on reconnaît que l'articulation tibio-tarsienne n'est pas libre et que tout mouvement de flexion et d'extension est impossible. Comme la situation exacte des malléoles est difficile à reconnaître, il est impossible d'établir nettement quels sont les os du tarse qui existent dans ce moignon. Tout porte à croire qu'il n'y a que l'astragale et le calcanéum, ce dernier ayant glissé un peu en avant.

Cet homme affirme, d'après les renseignements très précis que lui ont donné ses parents, qu'il présentait à sa naissance toutes ces lésions, qui n'ont subi aucune modification appréciable. Le développement de la jambe gauche s'est fait régulièrement et parallèlement à celui de la droite ; aussi peut-il marcher, sans difficulté, sur ce moignon avec des chaussures spéciales qui ne lui occasionnent d'autre trouble qu'une légère claudication.

A l'âge de 15 ans, il a dû avoir sur sa jambe gauche un peu d'érysipèle, mais la guérison en a été rapide et n'a pas amené d'accidents.

Il entre à la maison de santé, parce qu'il lui est survenu, à la saillie antérieure du moignon, un durillon douloureux qu'il a arraché et dont il ne peut obtenir la cicatrisation.

L'ulcération a la dimension d'une pièce de 0m,20, les bords en sont mal délimités, le fond est grisâtre et a un aspect sanieux. Le centre de l'ulcération est insensible, et cette anesthésie s'étend à plusieurs millimètres de la plaie. A ce niveau, la sensibilité reparaît et est normale dans toute la jambe mal formée.

Quelques jours après son entrée, malgré le repos absolu, le malade est pris de fièvre, de douleurs dans la jambe au-dessous de la bride, la peau est rouge et couverte de phlyctènes.

Avec du repos, des pansements à la vaseline iodoformée, un bandage ouaté recouvert de taffetas gommé, tout accident cesse, et on pouvait croire à une guérison complète, lorsque le malade, après avoir essayé

de marcher, est repris de douleurs dans le mollet; la peau reprend une teinte rouge foncé; la température s'élève.

Le 19 novembre, on constate de la fluctuation très nette, et une incision de 6 centimètres donne issue à un verre de pus légèrement granuleux et contenant des gouttelettes graisseuses. Les lèvres de la plaie sont blafardes et lardacées; le derme épaissi se confond avec les tissus sous-jacents.

La guérison a été longue, obtenue, comme on le voit, sur des membres atteints de lésions entraînant une vitalité moindre, car le malade ne put sortir qu'à la fin de janvier.

Cette observation m'a paru digne de vous être communiquée, car elle peut apporter quelques renseignements à l'histoire encore assez obscure des mutilations congénitales.

Je ne crois pas, en effet, qu'il soit possible de ranger mon malade dans la classe des hémimèles de Geoffroy Saint-Hilaire, c'est-à-dire de considérer comme des troubles de développement les difformités que nous avons constatées, et il est beaucoup plus rationnel d'y voir des mutilations intra-utérines.

Plusieurs de ces lésions sont certainement des amputations utérines. Le médius de la main droite, les orteils du pied droit, l'extrémité du moignon du membre inférieur gauche, présentent très exactement les cicatrices résultant d'amputations congénitales. Mais la difformité de l'annulaire de la main droite et le sillon de la jambe gauche peuvent-ils être considérés comme le résultat d'une semblable amputation ?

Le petit tubercule surajouté aux deux premières phalanges, dont il est séparé par un sillon, est tout à fait contraire à ce qui a été décrit dans les amputations intra-utérines; la déformation de la jambe ne pourrait être considérée que comme le premier temps d'une amputation restée inachevée, et je n'ai trouvé aucune observation permettant de faire cette hypothèse.

Ces deux lésions me semblent devoir être rapprochées de celles qui ont été décrites en 1881, sous le nom d'ainhum, par M. Francisque Guyot.

Les premiers médecins qui avaient signalé cette curieuse affection avaient cru qu'elle était spéciale aux nègres. M. Francisque Guyot démontra l'inexactitude de cette opinion, mais il indiqua surtout par quel processus se produisaient les amputations. Il montra que le symptôme principal consistait en un sillon semblable à celui qu'aurait produit une bague; que ce sillon va toujours en s'accroissant jusqu'à l'amputation du doigt, qui souvent ne laisse qu'une cicatrice invisible, mais qui, dans d'autres cas, laisse persister à leur extrémité un petit tubercule recouvert d'une peau

décolorée ayant une consistance adipeuse, disposition qui est bien nette sur l'annulaire de mon malade.

M. Francisque Guyot a pu enlever un de ces petits tubercules avec le sillon qui se trouvait à sa base, et l'examen qui en a été fait au laboratoire du Collège de France par M. Suchard a permis de constater une altération du tissu conjonctif du derme et des couches sous-jacentes analogue à la sclérodermie, formant une bride cicatricielle qui exercerait une rétraction lente.

Sous le petit tubercule de l'annulaire, on trouvait cette petite bride, et dans le sillon existant sur la jambe, on sentait très distinctement une bride résistante donnant la sensation d'un anneau constricteur.

Au Congrès de chirurgie, M. Redard a présenté l'observation d'un enfant de 15 mois portant au tiers inférieur de la jambe gauche un sillon congénital profond et absolument circulaire. Outre cette bride, l'enfant présentait aux deux mains des malformations multiples, entre autres un sillon circulaire aux deux index, et un annulaire était amputé à sa racine. M. Redard enleva la bride de la jambe, et les accidents de compression disparurent.

M. Reclus a publié l'observation d'une fillette de 6 mois présentant un sillon circulaire situé à la réunion du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs de la jambe gauche. Au fond du sillon, on avait la vague sensation d'une bride fibreuse qui avait produit la tuméfaction du pied et du bas de la jambe, dont l'aspect était lipomateux. La résection de la bride donna un résultat très satisfaisant.

M. Reclus, dans les très intéressantes remarques dont il accompagne cette observation, est disposé à rapprocher l'ainhum des amputations congénitales. M. Lannelongue avait déjà, dans une communication à l'Académie de médecine, soutenu cette opinion.

Il est bien certain que ce rapprochement s'impose ; mais, si on accepte cette opinion, faudrait-il conclure que toutes les amputations congénitales ont pour pathogénie cette bride fibreuse que l'on a comparée à la sclérodermie ? Je ne le crois pas ; le mode d'amputation congénitale par bride extérieure, provenant du placenta, ne peut pas être nié, et il faut donc admettre que les amputations congénitales peuvent se produire par plusieurs procédés.

M. Poirier, dans sa thèse d'agrégation, est d'avis que les amputations congénitales sont le résultat de brides ou adhérences produites par différents processus pathologiques ; mais, ajoute-t-il, on a comparé ces lésions à celles de l'ainhum ; or, pour lui, l'existence d'une maladie fœtale analogue à l'ainhum n'est pas suffisamment démontrée.

Je crois, au contraire, qu'il faut bien admettre que cette maladie

fœtale existe ; les faits de MM. Reclus, Redard, celui que je viens de communiquer, ne peuvent s'expliquer que par ce processus. Lorsque la lésion frappe soit sur les doigts, soit au niveau d'articulations, elle se trouve dans des conditions qui lui permettent de marcher rapidement, et nous ne pouvons constater que l'amputation ; lorsque, au contraire, elle siège à la jambe, membre plus volumineux et plus résistant, on trouve un sillon avec la bride pathologique.

M. Guyot a constaté chez un individu l'amputation du doigt se produisant à 45 ans ; chez l'enfant de M. Reclus, que serait-il arrivé si on n'était pas intervenu, car il semble, en se basant sur les accidents d'étranglement qui amenèrent l'intervention, que le travail de rétraction continuait à se produire.

Chez mon malade, il n'y avait pas à songer à une intervention, car, trouvant qu'il marchait très bien avec sa bottine, il aurait refusé. Ce n'est peut-être que chose remise, car quelles ont été les causes du mal perforant pour lequel il est entré et du phlegmon de son mollet, peut-être un nouveau travail de rétraction de sa bride ? Aussi je ne considère pas l'histoire de cet homme comme terminée, mais je crois qu'elle est assez nette pour apporter une nouvelle preuve en faveur de l'existence d'une maladie fœtale pouvant occasionner des amputations, et qu'on a le droit d'admettre pour les amputations congénitales deux processus bien distincts : l'un traumatique, suite des brides extérieures ; l'autre pathologique, occasionné par une lésion du derme et des tissus sous-jacents.

Discussion.

M. Reclus. J'ai suivi la malade dont j'ai rapporté l'histoire devant la Société de chirurgie, et qui présentait un cas analogue à celui du malade de M. Horteloup.

Cette observation date de quatre ans. Je vous rappellerai que j'ai sectionné la bride qui était la cause de l'étranglement du membre, et cette section a suffi à empêcher l'augmentation de la rainure. Le membre s'est développé normalement, et le lipome volumineux qui occupait le dos du pied a disparu.

Au moment de cette présentation, j'étais partisan, comme M. Horteloup, d'une relation entre l'ainhum et les amputations congénitales.

Mais mon opinion a changé depuis cette époque. La lecture des travaux de M. Eug. Rochard et de M. Guyot m'a convaincu, et j'admets actuellement qu'il s'agit là de deux maladies distinctes ; je n'en veux comme preuve que ce fait capital : l'ainhum ne se trouve que chez les individus d'une même race. On le rencontre

seulement à un âge avancé, et toujours il se trouve localisé au niveau du cinquième orteil.

Lorsqu'on confond les amputations congénitales vraies avec l'ainhum, cela devient une erreur de diagnostic qui a dû être fréquemment commise.

Communication.

M. Routier lit une observation intitulée : *Fausse tuberculose développée autour d'un corps étranger* (écaille d'huître).

Ce travail est renvoyé à une commission (M. Reclus, rapporteur).

Présentation de pièce.

M. Le Dentu présente un *kyste mélicérique du scrotum.* Celui-ci est rempli de matière sébacée et d'une grande quantité de poils.

Le testicule distinct de la tumeur est seulement aplati à sa surface.

Le diagnostic, dans ce cas, a pu être fait avant l'opération, ce qui est rare.

Discussion.

M. Després. J'ai observé un cas analogue. Il s'agissait d'un kyste à parois épaisses, rempli de matières sébacées avec des poils. Ici aussi le testicule était aplati et distinct. C'est ce fait qui a engagé M. Berger à enlever la tumeur en respectant la glande séminale dans un cas qu'il a publié en collaboration avec M. Cornil. M. Verneuil, dans un mémoire important sur ce sujet, a déjà insisté sur l'indépendance de ces tumeurs, connues sous le nom général d'*inclusion fœtale*, par rapport au testicule.

Présentation de malades.

M. Delorme présente des malades auxquels il a pratiqué l'arthrectomie du genou pour tumeurs blanches.

Ce travail est renvoyé à une commission (M. Chauvel, rapporteur).

Élection d'un membre honoraire.

Demande d'honorariat faite par M. Cruvelhier, membre titulaire

Nombre des votants : 26. — Majorité : 14.

Oui	25 voix.
Non	0 —
Bulletin blanc	1 —

M. Cruvelhier est nommé membre honoraire.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,
Terrillon.

Séance du 26 octobre 1887.

Présidence de M. Lannelongue.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Les volumes IV et V des *Transactions de l'Académie de médecine de New-York;*

3° Une lettre de remerciements de M. Cruvelhier, nommé membre honoraire dans la dernière séance ;

4° M. Després, retenu au conseil municipal, demande un congé jusqu'au 1er janvier (Commission des congés) ;

5° Un mémoire pour le concours du prix Laborie : *Traitement chirurgical de l'exstrophie de la vessie,* avec la devise « Nunquam desperandum » (inscrit sous le n° 2);

6° M. le Dr Villar envoie pour le concours du prix Duval deux

exemplaires de sa thèse : *Tumeurs de l'ombilic* (inscrit sous le n° 3);

7° *Ostéo-sarcome de l'humérus; amputation interscapulo-thoracique*, par le Dr van Iterson, professeur à l'Université de Leyde (M. Berger, rapporteur);

8° Une lettre de M. le professeur Renaut (de Lyon), à propos de la discussion sur les kystes périostiques (suit la lettre);

9° *Hystérectomie abdominale; trois opérations; guérison*, par le Dr Chénieux (M. Terrier, rapporteur).

Suite de la discussion sur les kystes dentaires.

M. Magitot. A propos de la discussion engagée dans la dernière séance, entre MM. Kirmisson, Reclus et moi, sur la pathogénie des kystes, dits périostiques, je désire ajouter deux mots :

Sur le point spécial de la présence de l'épithélium kystique, j'ai répondu à M. Kirmisson que, dans les idées les plus accréditées aujourd'hui, la formation de l'épithélium était admise aux dépens du tissu conjonctif; ce n'est pas une genèse d'emblée, ainsi que je l'avais dit naguère, mais une transformation d'éléments anatomiques.

Or, voici le texte auquel j'ai fait allusion dans la dernière séance : il est emprunté à l'article Tissu épithélial du *Dictionnaire encyclopédique*, et signé J. Renaut :

« Les endothéliums se forment (dans les gaines tendineuses, les synoviales, etc.) par un mécanisme particulier d'aplatissement des cellules fixes du tissu fibreux, qui a été bien étudié par M. Ranvier... La conclusion de tout ceci, c'est que les formations épithéliales se peuvent construire aux dépens de l'ectoderme, de l'entoderme et du mésoderme... Il existe donc des épithéliums ectodermiques, entodermiques et mésodermiques [1]. »

Et un peu plus haut, même page, ceci à propos de l'endothélium de la séreuse arachnoïdienne : « Voilà donc une formation épithéliale vraie, propre au tissu conjonctif lâche ou diffus; et ce tissu conjonctif qui unit et sépare les organes est, lui aussi, capable d'édifier les tissus épithéliaux. »

Ainsi tombe l'argument principal, l'argument fondamental qu'ont depuis si longtemps opposé à la théorie périostique MM. Verneuil, Reclus, Kirmisson et M. Malassez, lequel écrivait, cependant, en 1885 : « Il est inutile de discuter une genèse épithéliale ou

[1] *Dictionn. encyclop.*, 1re série, t. XXXV, p. 264.

bien une transformation de cellules conjonctives en cellules épithéliales [1]. »

Je voudrais en second lieu répondre à M. Kirmisson sur une prétendue contradiction qu'il trouve dans ma réponse, quand j'admets la présence de débris épithéliaux paradentaires et que je leur refuse toute participation à la formation des kystes. Mais il n'y a là aucune contradiction. Les débris paradentaires existent, en effet, et ils jouent peut-être un rôle dans certaines affections du ligament alvéolaire, fongosités, tumeurs, etc., mais ils n'ont rien à faire avec les kystes périostiques.

M. le Secrétaire général lit une lettre de M. Renaut, professeur à Lyon :

Monsieur le Président,

M. Magitot a fait intervenir mon opinion dans la discussion *sur les kystes périostiques des mâchoires* (séance du 19 octobre 1887) à la Société de chirurgie. A l'appui de sa théorie sur le mode de production de ces kystes, il rappelle que j'ai dernièrement admis « l'origine mésodermique de l'épithélium ».

J'ai certainement admis, comme tous les histologistes contemporains, cette origine mésodermique des formations épithéliales ; mais j'ai fait remarquer que le type majeur de l'épithélium développé par le mésoderme est ce qu'on appelle l'endothélium. Les épithéliums vrais, nés du mésoderme, sont très exceptionnels, ils sont en très petit nombre; ils se réduisent même aux épithéliums du rein, de l'ovaire, du testicule, nés du canal segmentaire primitif ou canal de Wolff, qui lui-même est formé par l'épithélium viscéral au niveau de l'éminence germinale de Waldeyer. Rien de pareil ne se passe dans la bouche, et, si l'on tient à avoir mon opinion au sujet du débat qui divise MM. Magitot et Malassez, la voici :

Après avoir lu toutes les publications de Malassez, et après avoir examiné avec lui presque toutes ses préparations, je dois dire que je suis absolument de son avis, et non pas de celui de M. Magitot, sur la question controversée.

Veuillez, monsieur le Président, donner connaissance de cette lettre aux membres de la Société de chirurgie, et me croire votre respectueusement dévoué.

M. Magitot. Dans la lettre qu'on vient de lire, M. Renaut nous semble en contradiction avec lui-même. Il suffira, pour s'en convaincre, de mettre en regard le texte de cette lettre et les citations que je viens d'emprunter à l'article du même auteur : « Le tissu conjonctif, lâche ou diffus, est capable d'édifier des tissus épithéliaux. » Je m'arrête à ces termes.

[1] Malassez, *Archives de physiologie*, 2e mémoire, p. 317 ; 1885.

J'ajouterai, cependant, que M. Renaut nous apprend qu'il a lu tous les mémoires de M. Malassez, qu'il a examiné et étudié ses préparations, mais il ne dit rien des arguments que je leur ai opposés. Il semble ainsi qu'il ne connaisse qu'un seul côté de la question, n'ayant appris la discussion actuelle que par quelque compte rendu très imparfait d'un journal. Les vues de M. Malassez lui ont paru très séduisantes; elles le sont, en effet ; mais séduisantes ne veut pas dire vraies ou démontrées. On a mené, ce nous semble, bien grand bruit autour de cette question de l'épithélium kystique, et il serait bon de rentrer sur le terrain de l'observation pure et de la clinique ; or, que cet épithélium soit né du tissu conjonctif ou qu'il ait une tout autre provenance, — les explications ne manquent pas à cet égard ; — d'où qu'ils viennent, enfin, en est-il moins démontré pour tout observateur impartial, pour tout chirurgien, pour tout clinicien, que les kystes dont il s'agit prennent naissance sur un point fixe et constant, l'extrémité du canal radiculaire d'une dent, et par un mécanisme invariable, le soulèvement sur ce point des tissus ligamenteux sous l'accumulation d'un liquide pathologique ?

Tel doit être notre dernier mot dans ce débat ; nos collègues jugeront.

M. Kirmisson. La lettre de M. Renaut, dont on vient de donner lecture, montre que l'auteur ne partage point les idées qui lui ont été prêtées par M. Magitot. En face des affirmations nouvelles de ce dernier, il nous paraît inutile de continuer le débat. Tant que M. Magitot ne nous aura pas présenté des pièces démontrant la genèse de l'épithélium des kystes périostiques aux dépens du tissu conjonctif, nous ne saurions nous ranger à son opinion.

La discussion est close.

Rapport.

Plaie pénétrante du crâne avec séjour d'un corps étranger.

Rapport par M. Chauvel.

Depuis quelques mois, des faits nombreux de guérison de coups de feu du crâne, malgré le séjour du projectile dans la substance même du cerveau, ont été apportés à la Société.

Aujourd'hui, M. Prengrueber nous fait connaître un cas de terminaison funeste, et un cas d'autant plus intéressant que, le 26 mai

dernier, le blessé nous était présenté comme un exemple de guérison.

Il s'agit d'un cocher, âgé de 28 ans, qui, à la suite d'une discussion, s'était tiré deux coups de revolver dans la tête. L'une des balles glissa sur le crâne, la seconde pénétra dans le cerveau, à l'union des régions temporale, pariétale et frontale droite. Pas de perte de connaissance, hémorrhagies abondantes, arrêtées par le pansement.

L'orifice de pénétration avait environ un centimètre de diamètre (balle de 7 millimètres), et laissait voir le crâne dénudé, une petite esquille, la pulpe cérébrale : extraction du séquestre, pas d'exploration, nettoyage et pansement antiseptique. Pâle, abattu, le blessé répond nettement aux questions.

Au troisième jour, l'abattement augmente ; le pouls est petit, irrégulier, défaillant, les sueurs profuses, mais la motilité, la sensibilité, l'intelligence, restent intactes. C'est seulement à la fin du quatrième jour qu'éclatent des attaques épileptiformes qui, se renouvelant plus fréquentes et plus fortes le cinquième et le sixième jour, font craindre une issue rapidement funeste.

M. Prengrueber met le crâne à nu au pourtour de la plaie; des fragments osseux irréguliers sont enfoncés vers le cerveau, et par les fissures qui les séparent s'échappe spontanément un mélange de pus et de matière cérébrale diffluente. Il enlève 7 à 8 esquilles et régularise les bords de la fracture. Par cette fenêtre, grande comme une pièce de 2 francs, il constate la déchirure de la dure-mère, dont il enlève les lambeaux flottants, et l'état du cerveau, dont les couches superficielles sont en bouillie.

Après quelques explorations superficielles très prudentes, n'ayant aucun indice sur la situation possible du projectile, notre collègue s'abstient de toute recherche et panse à plat, sans fermer la plaie extérieure. Les accès épileptiformes ne se reproduisent plus, l'état général s'améliore, la plaie bourgeonne, et le malade, guéri, part pour Vincennes le 7 juin. La cicatrice molle, pulsatile, avait acquis plus de consistance, quoique encore dépressible, quand, à la fin de juin, notre homme, quittant l'asile des convalescents, vint se montrer à son chirurgien avant de reprendre son métier.

L'accalmie ne fut pas de longue durée, et, dès le milieu de juillet, des céphalées, des vertiges, obligent le blessé à rentrer à l'hôpital dans le service de notre collègue M. Segond. La céphalalgie, très intense le 22 juillet, s'accroît les jours suivants. Bientôt se montre une paralysie faciale gauche, une paralysie du bras gauche, enfin une hémiplégie gauche complète. On se proposait d'intervenir, quand la mort survint, presque subitement, le 12 août.

A l'autopsie, on trouve la balle entre la dure-mère et l'os, dans une loge formée aux dépens de la table interne, à 3 centimètres de la plaie cutanée. Elle n'avait, à ce niveau, déterminé aucun désordre ; l'os, la dure-mère, le cerveau, étaient absolument sains.

Sous la cicatrice de la fracture, il existe une collection purulente, contenant un verre à bordeaux de pus et de détritus cérébraux.

M. Prengrueber pense que si le malade n'était pas mort subitement, si l'on avait eu le temps d'intervenir, la simple section de la cicatrice eût suffi pour vider l'abcès et peut-être guérir le malade. Il ajoute que cette observation confirme l'opinion que les projectiles ne sont pas dangereux par leur présence, mais par les désordres qu'ils déterminent pendant leur trajet. Ici, c'est l'attrition du cerveau par la balle, par les esquilles, au moment de l'accident, qui a été l'origine de tout le mal. Enfin, loin de se reprocher de n'avoir pas fait de suture, d'avoir laissé à découvert la partie contuse du cerveau, notre collègue s'accuserait plutôt d'avoir laissé les plaies se fermer trop vite, d'avoir ainsi permis le développement d'un abcès qu'un drainage prolongé du foyer traumatique pouvait peut-être éviter.

Je trouve fort intéressante cette observation de M. Prengrueber. Elle montre tout d'abord, ce qu'on oublie trop souvent, qu'avant d'annoncer *un succès* il est bon d'attendre plus que quelques semaines et même que quelques mois. Notre collègue M. Pozzi me parlait, il y a quinze jours, d'un cas de mort survenu un an après un coup de feu du crâne, par le fait de la balle logée dans le cerveau : j'espère qu'il communiquera cette observation à la Société. Pour être de quelque valeur, une statistique ne doit comprendre que des faits précis et suivis assez longtemps.

Pour notre confrère, la balle, après avoir brisé le crâne et provoqué au niveau de son point d'entrée la déchirure des méninges et l'attrition du cerveau, a glissé entre la dure-mère et l'os, pour venir se loger à trois centimètres plus loin. Je regrette qu'il ne nous ait pas indiqué avec plus de précision le trajet du projectile, la direction suivie, le point exact où il était placé. Bien que les balles soient fort capricieuses dans leurs mouvements, il me semble difficile d'accepter qu'après avoir déchiré la dure-mère en lambeaux et broyé le cerveau au niveau de son point d'entrée le projectile ait pu changer de direction et revenir se placer entre la dure-mère et l'os. On comprend la contusion de l'encéphale, celle des méninges et la réflexion d'une balle repoussée par la résistance de la dure-mère intacte; cette réflexion se comprend moins après la déchirure de l'enveloppe fibreuse.

Un fait qui m'a frappé, c'est la nature des lésions au point d'arrêt de la balle.

M. Prengrueber insiste sur leur absence, et cependant il nous dit que le projectile s'était creusé une loge dans la table interne. Je regrette que ce détail n'ait pas été mieux précisé, car il n'est pas commun de voir une balle, par simple contact, sans altération de l'os, se creuser ainsi, en quelques mois, une cavité de réception.

Je terminerai ces quelques critiques en insistant sur ce que j'ai déjà dit à cette tribune dans la discussion naguère pendante. Si l'abstention de toute exploration doit être la règle générale dans les coups de feu du crâne et du cerveau par petits projectiles, cette règle ne s'applique qu'aux cas simples, sans complications immédiates ou consécutives. Dès son premier examen, M. Prengrueber n'a pas hésité à extraire une esquille dont il constatait la présence dans le trajet de la balle, et il a fort judicieusement agi. S'il avait dès l'instant débridé la plaie, mis à nu l'os fracturé, il eût certainement rencontré et enlevé les fragments déprimés que l'apparition d'accès épileptiformes l'a contraint à extraire quelques jours plus tard. L'intervention immédiate eût-elle évité ces accidents, prévenu la suppuration qui s'écoulait de la plaie le sixième jour? Je ne puis et ne veux pas l'affirmer.

Mais je remarque que, lors d'un premier pansement, il n'est aucunement question de substance cérébrale broyée, alors qu'au sixième jour la pulpe nerveuse, désagrégée, s'échappe avec le pus. Ne pouvons-nous pas admettre que les mouvements de l'encéphale, en ramenant à chaque respiration la couche corticale au contact des esquilles déprimées, ont augmenté son attrition et favorisé sa suppuration? Nous approuvons donc l'intervention, bien qu'un peu trop tardive et un peu trop limitée peut-être.

Maintenant, quelle doit être la conduite du chirurgien en présence d'une fracture du crâne largement ouverte, avec ouverture de la dure-mère et attrition du cerveau à une profondeur et dans une étendue impossibles à préciser? Doit-il, comme M. Prengrueber l'a fait et regretté de l'avoir fait, abandonner la plaie à sa marche naturelle, se contentant de la protéger par un pansement antiseptique? Doit-il suturer la plaie cutanée, ou bien au contraire drainer le foyer traumatique, le laisser largement ouvert au dehors jusqu'à expulsion complète des parties nerveuses altérées? Cette dernière façon d'agir nous semble devoir être suivie quand la suppuration développée a mis hors de doute la contamination du foyer par les agents septiques. Ici, nous ne pouvons, en effet, ni curer, ni désinfecter complètement les parois de ce foyer, en raison de la mollesse du cerveau et de la difficulté de préciser les limites des altérations morbides. Mieux vaut favoriser l'élimination des tissus altérés.

Discussion.

M. Berger. Je prends occasion du rapport de M. Chauvel pour vous donner lecture d'une observation que j'ai eu l'honneur de vous communiquer de la part de M. le Dr Geschwind, médecin-major de première classe à Nevers observation sur laquelle je de-

vais vous présenter un rapport oral. Ce fait se rapproche par bien des points de celui que vous venez d'entendre, quoique le mode de pénétration du projectile dans le crâne ait été fort différent : le voici, du reste, tel que me l'a transmis M. le Dr Geschwind :

Je voulais profiter, pour quelques exercices opératoires, du cadavre d'une fille publique morte dans le service d'un de mes confrères de l'hôpital. Le diagnostic du décès portait « *méningite* », et, en ouvrant le crâne, je trouvais effectivement la couche de pus verdâtre d'une méningite de la convexité avec quelques traces d'encéphalite superficielle de la substance corticale du cerveau. Mais notre étonnement fut grand en découvrant, logée dans la fosse occipitale supérieure gauche, entre les méninges et l'os, qui n'en gardait pas l'empreinte, une balle de revolver du volume d'un gros pois.

Du point où se trouvait la balle partait, dans la substance cérébrale même, une cicatrice très nette qui traversait ainsi toute la surface inférieure du cerveau, pour aboutir à quelques millimètres au-dessus du chiasma optique et de l'entrée du nerf optique gauche dans l'orbite. Les parties visibles des nerfs crâniens ne paraissaient pas avoir été lésées.

Du coté des os de l'orbite et de la peau de la région, je ne pus trouver trace de fracture ou de cicatrice, même à la loupe. J'allai aux informations et, dans la maison qui occupait cette fille, j'appris que, 4 ans auparavant, étant dans un établissement de même nature à Cosne, elle avait eu une discussion avec un commis voyageur, lequel lui avait tiré un coup de revolver de petit calibre dans la région de l'œil, qu'elle avait traîné la jambe et s'était servie difficilement du bras de ce côté pendant quelques mois, mais que le tout s'était assez bien remis pour lui permettre de reprendre activement son métier. Elle continuait à l'exercer quand, une huitaine de jours auparavant, elle avait été prise subitement d'une « attaque » en jouant aux cartes tranquillement; on l'avait transportée à l'hôpital où elle était morte sans qu'il ait été question du coup de feu reçu 4 ans avant.

Je crois que la balle avait dû glisser sur le plan supérieur de l'orbite, longeant le nerf optique à son entrée par le trou optique et avait traversé le cerveau sans produire de lésions bien graves. La méningite a dû avoir pour origine la balle non extirpée. Il n'y avait pas de traces de tubercules.

Il me paraît à peine nécessaire de signaler l'enseignement qui ressort de cette observation : Cet exemple de projectile, ayant séjourné quatre ans dans le crâne, après avoir traversé une notable partie de l'encéphale, et déterminant au bout de ce temps des accidents inflammatoires mortels, montre, une fois de plus, de quelle réserve il faut user dans le pronostic des blessures de cette nature, lors même qu'elles sont suivies d'une guérison en apparence complète. — On peut surtout l'invoquer contre l'opinion de ceux qui pensent que l'on doit aller quand même à la recherche

des projectiles perdus dans le crâne. Nous y voyons un projectile traverser, sur une grande étendue, la matière cérébrale et se mettre hors de portée sans déterminer d'accidents très notables.— Dans un cas analogue, si même l'orifice d'entrée de la balle eût été situé directement sur le crâne et s'il eût été, par conséquent, plus facilement accessible, toute tentative d'extraction eût abouti à un insuccès, et probablement à une aggravation. C'est dire que, lorsqu'un projectile a pénétré dans le crâne, si sa situation ne peut être immédiatement précisée au moyen des appareils très délicats que nous possédons, il faut borner l'intervention à une simple régularisation des bords de la plaie, nettoyage, extraction d'esquilles, etc., et s'abstenir même des explorations prolongées avec insistance.

Rapport.

Effets de la mélinite (accident de Belfort), par le Dr Tachard, médecin-major de 1re classe de l'armée.

Rapport par M. Chauvel.

Les terribles effets de la mélinite, substance explosive employée depuis quelques mois au chargement des obus de guerre, n'avaient été constatés qu'expérimentalement et sur des matières inertes, quand une imprudence, un oubli, une cause restée mal connue, en produisant des réactions chimiques imprévues, firent éclater dans un atelier militaire, entre les mains qui l'apprêtaient, un de ces engins meurtriers. Dix-sept hommes furent victimes de cet épouvantable accident, dont notre collègue de l'armée, M. le médecin-major Tachard, a bien voulu nous communiquer la relation médicale.

De ces dix-sept malheureux atteints par l'explosion, M. Tachard fait quatre catégories au point de vue des lésions chirurgicales. La première comprend cinq militaires tués sur le coup. Chez deux, le corps tout entier était réduit en tout petits fragments informes disséminés sur les palissades et les murs. Les trois autres présentaient des broiements du crâne, des membres ; des écrasements des viscères principaux; mais chez aucun il n'existait de brûlure, même partielle.

Dans la seconde classe, morts promptes, rentrent quatre sujets ayant succombé de trois heures à douze heures, soit par choc ou algidité, soit par anémie traumatique aiguë. Ici, les fractures comminutives des membres, les plaies pénétrantes des cavités

viscérales, les hémorrhagies primaires, furent les causes principales del a terminaison funeste. Chez tous, l'autopsie montra le cœur gauche vide de sang et comme contracturé.

La troisième section, mort par complications secondaires, ne comprend que deux sujets. L'un succombait le quatrième jour à une méningo-encéphalite traumatique consécutive à une fracture du frontal avec une attrition du cerveau. Chez le second, atteint de blessures multiples des parties molles avec trajets borgnes, profonds, la mort fut la conséquence d'une infection septique (érysipèle, lymphite, pyohémie), douze jours après l'accident. M. Tachard pense que, malgré les précautions antiseptiques employées, l'intoxication vint des plaies profondes et anfractueuses, dont le fond ne pouvait être atteint. Il conclut, pour l'avenir, à la recherche de tous les projectiles, quelles que soient leurs dimensions, et à l'ouverture des trajets, si longs qu'ils puissent être, pour donner une issue facile aux produits des sécrétions et s'opposer à leur décomposition.

Enfin la quatrième classe comprend les six blessés qui ont survécu. L'un, dont l'avant-bras droit était complètement broyé, fut amputé à la limite des parties contuses ; la guérison était parfaite au vingtième jour, sans mortification des lambeaux. Ce militaire présentait, en outre, à la région lombaire gauche, une blessure dont fut extrait un fragment d'obus de cinq grammes ; à la partie postérieure de la cuisse droite, une plaie sans corps étranger, point d'origine d'une névrite sciatique guérie par une légère élongation du nerf.

Chez le second blessé, une plaie contuse de la région fronto-pariétale droite fut suivie, au cinquième jour, de douleurs dans l'oreille du même côté, sans lésions appréciables de l'organe auditif, et au vingt-septième jour de céphalée violente avec surdité double et complète.

Les blessures du troisième militaire consistaient en une plaie au bras gauche d'où fut extrait un projectile de 1gr,55, et en un séton au travers des masses musculaires externes du même bras. Ici, l'ouverture de sortie était cinq fois plus grande que l'orifice d'entrée, et la détersion ne se fit qu'après seize jours, époque relativement tardive. Le quatrième, atteint d'une blessure pénétrante de l'œil droit, en fut quitte, après une inflammation violente, pour une atrophie du globe, sans phénomènes sympathiques. Rien à dire des deux derniers sujets, dont les plaies, très légères, étaient rapidement fermées.

Si l'on cherche à se rendre compte des effets de la mélinite comme agent d'explosion, on remarque tout d'abord que dans l'accident de Belfort aucun des militaires blessés ne présentait

trace de brûlure, aucun des survivants ne présenta des troubles imputables à l'absorption des gaz délétères ou toxiques. Cette nouvelle composition détonante n'agit donc que par la puissance d'expansion des produits de sa composition. M. Tachard pense que cette puissance sera plus grande encore avec les obus de guerre, l'éclatement étant plus prompt, plus instantané. Le fait nous paraît jusqu'ici impossible à démontrer.

Au point de vue chirurgical, nous devons noter : la multiplicité, la profondeur, l'étroitesse, et cependant la gravité des plaies des parties molles, par des fragments d'obus, généralement cubiques, de poids et de volume très faibles. Réduites aux dimensions d'un grain de sable, ces parcelles de fonte produisent à la surface cutanée un véritable tatouage. Ceux de ces fragments que l'on a pu retirer étaient irréguliers, à bords tranchants, sans odeur spéciale, sans élément chimique étranger. Faits remarquables, et que mettent bien en évidence les préparations et les dessins de notre collègue, les effets sur le squelette sont localisés, et les fracas des diaphyses comme des épiphyses ne présentent pas de ces fissures, de ces fêlures étendues, qui compliquent habituellement les coups de feu par balle. M. Tachard ne cherche pas l'explication du fait ; peut-être réside-t-elle dans l'extrême violence du choc, violence qui suffit pour briser l'os dès le premier contact du projectile, à une certaine distance du point de frappe. La partie directement atteinte n'éclate en pièces que plus tard, par l'action continuée des éclats de fonte et par leur pénétration dans le tissu osseux.

L'aspect général des blessés est caractéristique. Les parties découvertes présentent une teinte jaune clair très intense, qui se communique rapidement au linge. La pâleur profonde du visage leur donne un aspect sinistre. Ici, on observe un anéantissement véritable de l'individu ; là, une excitation violente avec des cris incessants. Les petites plaies dont le corps est criblé, fermées par un caillot sanguin, offrent deux millimètres environ de diamètre, sur dix à quinze centimètres de profondeur, et renferment un grain de fonte pas plus gros qu'un grain de sable.

M. Tachard s'est efforcé, dans tous les cas où l'intervention était possible, de rendre les plaies aseptiques par un pansement à l'iodoforme, après lavage au sublimé. Nous avons vu que ces précautions n'avaient pas empêché le développement d'accidents septiques mortels chez un de ses blessés. Que faire? Si la présence des fragments de l'obus dans les chairs constitue un danger d'infection, si leur élimination spontanée est pour ainsi dire impossible, le chirurgien doit-il en tenter la recherche ? Notre distingué collègue semble, à la fin de son travail, incliner vers le débridement plus ou moins étendu des trajets, pour favoriser la sortie des pro-

duits de sécrétion, des eschares et même des parcelles de fonte que l'on ne peut retirer directement. Si cette pratique est possible dans les cas où le nombre des blessures est relativement limité, elle nous paraît bien délicate alors que les parties sont criblées, tatouées, par la multiplicité et la confluence des plaies. Peut-être, en raison de la nature et de la petitesse des projectiles, les électro-aimants puissants de Milliot, sous une forme appropriée, seraient susceptibles de rendre quelques services, pour leur extraction aussi bien que pour leur recherche.

Mais je ne veux pas m'engager dans le champ des hypothèses, et, ayant résumé dans ce rapport le très intéressant travail de M. le Dr Tachard, je vous propose, messieurs, de déposer son mémoire dans nos archives et de lui voter des remerciements bien mérités.

Rapport.

Étude clinique sur l'orchite paludéenne, par le Dr Charvot, médecin-major agrégé du Val-de-Grâce.

Rapport par M. Chauvel.

C'est en s'appuyant sur six observations personnelles, recueillies à l'hôpital militaire de la Goulette, en Tunisie, que M. le Dr Charvot a tracé son étude clinique de l'*orchite palustre*. Ces observations, prises avec un soin minutieux, sans négliger aucun détail, permettent à notre collègue de conclure avec Girard, Drago, Maurel, Bertholon, Schmitt, qu'il existe une forme particulière d'inflammation des glandes génitales, due à l'action du poison tellurique. Elle ne s'observe guère que chez les vieux paludéens, à une période tardive de l'infection. La fièvre intermittente ou rémittente, précède l'orchite, elle l'accompagne, et, coupée par la quinine, elle tend à revenir plus tard, alors que les accidents locaux sont en pleine résolution. Parfois des névralgies concomitantes, parfois l'état cachectique du sujet, démontrent que ce n'est pas l'orchite qui produit la fièvre, mais que l'une et l'autre sont sous la dépendance d'une même influence, l'empoisonnement palustre. Les médecins de la marine, qui observent à la Guyane, au Sénégal, s'étonnent qu'on puisse discuter la réalité de l'orchite paludéenne, et nos collègues de l'armée, en Algérie, en Tunisie, depuis que leur attention est éveillée sur ce point, ajoutent chaque jour des faits nouveaux à l'appui des observations déjà anciennes. Il ne m'appartient pas de faire ici l'historique de cette complica-

tion du paludisme; je renvoie pour cette étude aux travaux de Maurel (*Traité des maladies paludéennes de la Guyane*, 1883), de Girard (*Des manifestations du paludisme sur les organes génitaux de l'homme*, 1884).

L'orchite paludéenne débute le plus souvent brusquement, la nuit; parfois d'une façon plus lente. Sa marche est rapidement croissante; en deux ou trois jours, elle atteint son summum et donne au scrotum le volume d'un œuf de dinde, au testicule trois à quatre fois sa grosseur normale. Cependant la peau n'est qu'œdématiée, les veines scrotales, saillantes et tortueuses. Dure, rénitente, à surface lisse, la tumeur forme une masse assez régulière où le testicule et l'épididyme sont absolument confondus; la vaginale renferme un peu de liquide.

Spontanées, continues, les douleurs, tantôt localisées, tantôt propagées le long du cordon, sont d'une extrême violence, surtout par le toucher et par la compression. Au dire de Girard, les souffrances, intermittentes, suivaient la fièvre dans ses accès. Charvot n'a jamais observé cette intermittence, mais il a vu les douleurs cesser rapidement sous l'action de la quinine à haute dose.

En même temps que les phénomènes locaux, éclate la fièvre : rémittente ou presque continue, elle se traduit par une température de 40°, ou près, la face grippée, l'anxiété, la sueur, des névralgies diverses, le gonflement et la sensibilité de la rate. Rarement la fièvre revêt la forme intermittente régulière. Bien qu'il en soit, cette période d'état ne dure que quelques jours, deux à trois seulement, si la quinine est administrée à dose suffisante.

Vient alors la défervescence. Avec des doses journalières de sulfate de quinine de 1gr,50 en moyenne, la température tombe rapidement. La tension des bourses diminue également, mais là s'arrête l'action locale du fébrifuge. Il faut trois ou quatre semaines pour la résolution graduelle de la glande séminale, alors que l'épanchement de la vaginale s'est résorbé en quelques jours. Malheureusement, le testicule ne reprend ni son volume, ni sa consistance; il devient mou et subit une atrophie plus ou moins complète. Charvot dans trois cas, Girard chez plusieurs malades, ont constaté cette redoutable suite de l'inflammation. En même temps, l'épididyme reste souvent induré dans sa tête et au voisinage du corps d'Hygmore, où le doigt constate la formation de travées fibreuses, dures et convergentes.

A côté de cette forme continue de l'orchite palustre, seule observée par notre collègue, et dont la durée totale est de trois à six semaines, Girard et Maurel ont décrit un second type où les accidents locaux revêtent un caractère intermittent. Bien qu'il en soit, et laissant de côté l'orchite rhumatismale, Charvot signale les

symptômes qui séparent l'orchite paludéenne des épididymites blennorrhagique, ourlienne et tuberculeuse. C'est surtout de la première, bien plus commune chez de jeunes sujets, qu'il importe de la distinguer. L'invasion brusque et soudaine, l'extension au testicule dès son apparition, la défervescence produite par la quinine, l'atrophie ultérieure de la glande séminale et la résolution plus complète de l'épididyme sont des caractères qui n'appartiennent qu'à l'inflammation palustre. Dans l'orchite ourlienne, la marche est plus violente encore, la durée moins longue, et, comme il n'y a que simple fluxion et non induration, la résolution, puis l'atrophie se font en l'espace de quelques jours. Si, parfois, l'épididymite tuberculeuse présente une évolution suraiguë, ces cas sont exceptionnels, et la marche ultérieure du processus ne laisse aucun doute sur sa nature spéciale.

En somme, le diagnostic de l'orchite palustre ne présente pas de difficultés si le malade n'a pas d'écoulement uréthral. Mais, quand cet écoulement existe, quand il y a eu orchite antérieure, malgré la fièvre, malgré la marche de l'affection, nous croyons l'erreur facile. Si l'inflammation génitale n'est pas la cause essentielle de la fièvre, on peut admettre que chez un vieux paludéen elle est la cause provocatrice de l'apparition des manifestations nouvelles de l'intoxication. L'une des observations du Dr Charvot a laissé quelques doutes dans notre esprit sous ce rapport, mais nous ne voulons pas insister.

Comme traitement, notre collègue conseille le sulfate de quinine, à forte dose, administré six à sept heures avant le maximum de température. En Tunisie, il donnait 1 gramme, 1gr,50 par jour, 2 grammes même, si la fièvre était rebelle, et continuait pendant plusieurs jours, pour recourir ensuite à l'arsenic et au traitement habituel de la cachexie palustre. Quant à la température locale, Charvot conseille simplement le repos, un suspensoir ouaté, au besoin les calmants, l'opium, pour attendre l'action sédative de la quinine.

Nous admirons la conviction profonde de notre collègue dans l'action du fébrifuge, mais elle n'est pas sans nous surprendre un peu, car, en nous décrivant la marche de l'orchite, lui-même insiste sur le peu d'effet local de la médication quinique. S'il est malheureusement fort commun de voir le processus inflammatoire aboutir à l'atrophie de la glande séminale, n'est-ce pas une raison de plus pour chercher, par un traitement local énergique, à s'opposer à cette fâcheuse terminaison. Je ne crois donc pas que le repos et un suspensoir doivent constituer toute l'action chirurgicale, et, en pareille occurrence, on serait autorisé, je pense, à tenter par les sangsues, la compression, les révulsifs, peut-être par des injections

interstitielles, d'obtenir une résolution plus rapide et de sauver le testicule menacé.

Messieurs, je regrette que l'étendue du mémoire fort intéressant de M. Charvot ne me permette pas de vous en demander l'impression dans nos bulletins. Lauréat de notre Société, ce laborieux collègue de l'armée est digne de prendre place parmi nos correspondants nationaux, et je vous demande de lui voter des remerciements bien mérités.

Rapport

Sur un mémoire du Dr Locquin (de Dijon) intitulé : *Du rapprochement et de la suture des deux bouts après avivement ou résection dans les ruptures traumatiques du canal de l'urèthre.*

Rapport par le Dr Lucas-Championnière.

Le Dr Locquin (de Dijon) nous a adressé un mémoire intéressant sur une question fort à l'ordre du jour ; ce mémoire a pour titre : *Du rapprochement et de la suture des deux bouts, après avivement ou résection dans les ruptures traumatiques de l'urèthre.* Je répète avec intention le titre de ce mémoire, parce qu'il me sera facile de vous démontrer que ce titre ne répond pas aux conclusions qui peuvent être tirées des observations qui l'accompagnent.

Il aurait dû, pour plus de logique, être intitulé : *Rupture de l'urèthre ; échec de la suture des deux bouts séparés ; traitement du rétrécissement traumatique par la résection et la suture de l'urèthre ; succès ;* et la véritable conclusion à tirer de ce mémoire, c'est que la suture directe de l'urèthre dans les ruptures ne contribue pas beaucoup à donner une réunion immédiate.

J'ai pour ma part, tout récemment, soutenu cette opinion ici, et j'ai déjà signalé, le 24 juin 1885, une observation de réunion primitive du périnée sans suture de l'urèthre, à l'hôpital Tenon, le 8 juin 1885.

Après ouverture d'un foyer de rupture de l'urèthre où j'avais constaté la séparation des deux bouts, j'avais placé une sonde à demeure, réuni les parties molles sans me préoccuper de réunir l'urèthre lui-même. La réunion fut parfaite, la sonde à demeure était retirée le onzième jour, le malade sortait le dix-septième, urinant comme tout le monde. Je l'ai revu presque tous les mois depuis ce temps. Il urine très bien ; on lui passe aisément une bougie n° 18 et il serait facile d'aller au delà.

Je crois que cette opération est la première qui ait été faite et je conseillais de la renouveler.

Les excellents résultats obtenus soit après les ruptures de l'urèthre par le simple placement d'une sonde, soit tout simplement après l'uréthrotomie externe, m'avaient conduit à juger inutile la pratique de la suture des bouts séparés de l'urèthre. La suture profonde du périnée en dessous des bouts de l'urèthre rempli par une sonde me paraissait devoir suffire.

M. Locquin semble oublier les faits quand il nous affirme que « la méthode qui consiste à obtenir le plus promptement possible la cicatrisation des ruptures complètes de l'urèthre, sans se préoccuper de l'écartement qui s'est produit entre les deux bouts est éminemment favorable à la formation de rétrécissements indéfiniment rétractiles ».

Il nous affirme que la production du rétrécissement est fatale et que, pour l'éviter, au lieu de laisser se faire un tunnel de tissu cicatriciel, il faudrait ne faire les restaurations du canal que sur des portions parfaitement saines du canal lui-même. Que fait-il donc des résultats bien connus de l'uréthrotomie externe ?

Il cite une observation de Sir John Birkett, de Londres, le premier qui ait eu l'idée de réunir ainsi les deux bouts de l'urèthre, le 20 juin 1886, et qui réussit à le faire.

En passant, je lui ferai remarquer qu'une année avant Sir John Birkett, j'avais fait et obtenu la réunion immédiate du périnée dans un cas semblable sur un adulte (8 juin 1885, hôpital Tenon) et que j'ai souvent eu occasion de revoir l'opéré qui, près de deux ans après, n'avait pas de rétrécissement.

A l'appui de sa thèse, M. Locquin nous cite encore les résections de rétrécissements fibreux, suivies de réunion de l'urèthre, pratique de Heusmer et de notre collègue le Dr Daniel Mollière.

Chose singulière et qui ne cadre pas avec ses conclusions ; quand il a voulu appliquer cette doctrine, et pour son compte adopter cette pratique, par deux fois il a complètement échoué. Il a eu recours secondairement à la résection du rétrécissement formé, puis à la suture. Mais, si bon que soit le résultat définitif, il démontre le contraire de ce que notre confrère voulait prouver. La suture des bouts de l'urèthre ne valait rien !

Voici ces observations qui ne manquent pas d'intérêt.

Observation I. — *Chute à califourchon sur une barre de fer. — Rupture complète de l'urèthre. — Suture immédiate des deux bouts suivie d'insuccès. — Formation d'un rétrécissement infranchissable. — Résection et suture autoplastique.*

Le 14 septembre 1885, mon confrère, le Dr Foutagny, vint me demander de voir avec lui un enfant qui était atteint de rétention d'urine. Le jeune Denizot, âgé de onze ans, en jouant avec ses camarades,

était tombé, vers les quatre heures du soir, à cheval sur une grosse barre de fer triangulaire. Craignant d'être grondé, il s'était couché sans rien dire à sa mère, et c'est seulement le lendemain, vers midi, qu'à bout de force, il avait raconté ce qui lui était arrivé.

Nous trouvâmes l'enfant avec une tumeur périnéale fluctuante et une infiltration urineuse s'étendant au scrotum, au fourreau de la verge et aux régions inguinales de la paroi du ventre. Nous pratiquâmes séance tenante une large boutonnière périnéale et des mouchetures sur les parties infiltrées.

Le lendemain, l'infiltration avait complètement disparu et la vessie se vidait facilement par la plaie périnéale. Le 20 septembre, avec l'assistance bienveillante du Dr Goutrelet, nous procédâmes à la suture des deux bouts du canal, mais il me fut impossible d'aviver convenablement le bout supérieur, lequel, se trouvant coupé en plein bulbe, était en fort mauvais état et saignait abondamment au moindre contact. J'avais mis dans le canal et porté dans la vessie une sonde à béquille n° 13, laquelle n'avait pu être introduite qu'après un débridement du méat urinaire. Au bout de trois jours, la sonde ne laissa plus écouler d'urine et je dus la retirer, non sans peine, fortement incrustée de sels. Il me fut impossible de lui en substituer une autre par quelque procédé que ce fut. L'enfant pissa assez bien par le canal pendant quelque temps, puis son jet se rétrécit de plus en plus et, au bout d'un mois, il n'urinait plus qu'en arrosoir par les points de suture du périnée qui s'étaient rouverts.

Le 15 octobre, je m'aperçus que le méat urinaire était soudé. Cette disposition me trompa en me laissant croire que, l'obstacle siégeant au niveau du méat et non ailleurs, ma suture avait tenu. Je me contentai donc d'ouvrir en partie l'incision du périnée, d'y passer un stylet avec lequel je rompis d'arrière en avant les adhérences du méat, et de remettre une sonde à demeure. Celle-ci fut enlevée également au bout de trois jours, mais, pas plus que la première fois, je ne pus la remplacer et toutes les tentatives que je fis les jours suivants avec tous les explorateurs demeurèrent infructueuses.

Cependant l'enfant urinait de jour en jour moins facilement et, vers le milieu de novembre, une intervention était devenue urgente.

La vessie était énormément distendue et l'urine ne s'écoulait péniblement que goutte à goutte.

Le 20 novembre, l'enfant était endormi et lié comme pour la taille, je fis le long du raphé une incision qui, partant de la racine des bourses, venait aboutir sur une autre transversale en avant de l'anus. Cette incision, pratiquée dans un cas analogue par le Dr Notta, de Lisieux (*Gazette médicale* du 29 août 1885), met à découvert, lorsque les lambeaux sont relevés, tout le triangle périnéal et facilite singulièrement la recherche du bout supérieur. Introduisant ensuite par le méat un petit cathéter cannelé le plus loin possible, j'incisai sur son extrémité le bout inférieur, je le sectionnai franchement en travers dans ce point et je le décollai de l'aponévrose moyenne jusque près de son union avec les corps caverneux.

Restait à trouver le bout supérieur. Des pressions exercées sur le fond de la vessie faisaient bien sourdre quelques gouttes d'urine au travers d'un noyau dur qui fermait le bout supérieur ; mais, quelque attention que j'y apportasse, je ne pus trouver un orifice et y glisser un conducteur. Je dus détruire ce noyau en coupant tranche par tranche jusqu'au voisinage de l'orifice du ligament de Carcassonne. Là, je retrouvai la muqueuse avec une ouverture d'une dimension égale au calibre du canal par laquelle je vidai la vessie. Je détachai ensuite les tissus autour de cet orifice, en forme de collerette, et tirant avec des fils passés sur le bout inférieur, je l'abaissai facilement jusqu'au niveau de celle-ci. Je suturai soigneusement les deux bouts du canal et mis une sonde à demeure. Trois points de suture sont mis sur les parties profondes, puis la sonde est passée, et sur elle les sutures sont terminées. Quant à la plaie périnéale, je ne la fermai point complètement. Je fis seulement deux points de suture dans le haut et je laissai ouverte sa partie inférieure. Quelques jours après, j'enlevai la sonde et je lui en substituai une autre n° 14 de la filière Charrière, sans la moindre difficulté. La cicatrisation se fit très rapidement et c'est à peine s'il reste au périnée une petite fistule, fermée au bout de huit jours.

Depuis ce temps, l'enfant pisse avec un jet volumineux et, le 5 février 1886, je passais sans hésiter uue sonde conique n° 15.

Une année s'est écoulée depuis ce moment, l'enfant a grandi beaucoup et l'urèthre n'a rien perdu de son calibre. La verge ne me paraît pas se développer en raison du reste de l'individu. Cela tient probablement à ce que l'enfant n'a plus de bulbe. Lors de ma dernière opération, je n'ai plus trouvé trace de ce dernier organe. Il en a été de même pour le cas qui fait l'objet de ma seconde observation.

Je me suis demandé quelle était la cause de cette disparition, et je crois qu'elle peut s'expliquer ainsi : Dans la chute à califourchon sur un corps dur, surtout si la rupture porte sur les dernières portions de la région bulbaire, c'est-à-dire très près de la portion membraneuse, le bulbe est fortement contusionné et une grande partie des trabécules qui cloisonnent le tissu érectile sont rompues. Il se trouve alors transformé en une masse très analogue à un caillot sanguin et, comme celui-ci, se résorbe assez facilement.

Obs. II. — *Chute à califourchon. — Rupture incomplète. — Suture de la plaie uréthrale. — Rétrécissement. — Résection et suture des deux bouts.*

Le 16 février 1886, le sieur Sicardet, de Fontaine-lès-Dijon, âgé de 48 ans, se tenant debout sur le bord de sa cuve à raisin, tomba à cheval sur le bord large de cinq centimètres. Il éprouva sur le coup une vive douleur au périnée et fut sur le point de perdre connaissance. Rentré chez lui, il s'aperçut qu'un abondant écoulement de sang se faisait par le canal et qu'il ne pouvait plus uriner. Il fit aussitôt appeler son médecin, le Dr Veill, qui, après avoir tenté, sans succès, un cathétérisme

prudent, prit les mesures nécessaires contre l'uréthrorrhagie et me demanda de voir avec lui le blessé le lendemain matin.

Nous trouvons le périnée, les bourses et la verge fortement ecchymosés, mais sans tumeur périnéale fluctuante. La vessie était distendue par l'urine, et pour ne pas réveiller l'hémorrhagie nous nous abstenons de toute intervention au moyen de la sonde, et nous pratiquons la ponction capillaire avec l'appareil de Dieulafoy. Les deux derniers corps de pompe sont fortement teintés de sang.

La ponction est ainsi continuée pendant cinq jours par le Dr Veill et, au bout de ce temps, le blessé urine seul pendant deux jours, mais fréquemment et avec souffrance. Le huitième jour, le cours de l'urine s'arrête brusquement et une tumeur apparaît au périnée. Je l'incise aussitôt et je vide la vessie avec une sonde passée dans le bout supérieur très court.

Bien résolu de faire la suture des deux bouts, mais craignant d'opérer sur des tissus malades, je laissai pendant quinze jours ceux-ci se déterger. Pendant ce temps, le malade urina par la plaie périnéale.

Le 11, au moment de procéder à l'opération, nous constatons que la plaie est en grande partie cicatrisée. En disséquant pour dégager les deux bouts, nous trouvons le bulbe en grande partie atrophié. La rupture n'a pas porté sur toute la circonférence du canal, et il existe entre les deux bouts un pont large de deux ou trois millimètres. Je me contente d'aviver les bords de la solution de continuité et je les suture avec des fils de soie phéniquée sur une sonde en gomme. On réuuit par-dessus les lambeaux de la plaie périnéale.

Le 15 mars, la sonde qui avait bien fouctionné jusque-là, se bouche et l'urine se fraye un passage par la plaie périnéale ; je l'enlève, et je la remplace par une bougie armée que je laisse à demeure.

Cette bougie me sert à passer tous les trois jours une sonde Béniqué n° 36, jusqu'à cicatrisation complète de la plaie. A ce moment, je la retire et le blessé vient chez moi, tous les cinq jours, se faire dilater.

Les choses marchèrent assez bien pendant quelque temps, mais je ne tardai pas à remarquer que le canal avait une grande tendance à se rétrécir ; je perdis successivement une douzaine de numéros, et enfin le 1er juin, je ne pus plus passer avec aucun explorateur.

Le 13 juin, l'urine ne sortait plus que goutte à goutte, la vessie ne se vidait plus et une nouvelle intervention était devenue nécessaire.

Le 15 juin, le malade étant placé comme pour la taille, je fais au périnée l'incision à deux lambeaux triangulaires, et j'ouvre le canal sur l'extrémité du cathéter cannelé. Le bout antérieur se termine en cul-de-sac en ce point, et immédiatement au-dessous se trouve une masse dure résistante. Je la sectionne longitudinalement et je tombe presque sans le chercher sur le bout postérieur.

Je résèque avec soin toute la partie indurée, et je libère dans une étendue d'un centimètre et demi le bout antérieur. Quant au bout postérieur, il n'existe presque pas. Je régularise aussi nettement que possible sa surface de section, et tirant avec des fils passés sur le bout

antérieur, je l'amène à son contact. Au moyen de six points de suture, j'obtiens un affrontement très exact.

Je dus laisser en place cinq pinces hémostatiques et renoncer par conséquent à faire la suture des lambeaux de la plaie périnéale.

Pansement au coton phéniqué.

Le 18, on change la sonde à demeure, les sutures tiennent bon, il n'y a pas de suppuration.

Le 20, le canal a contracté des adhérences avec les lambeaux que je réunis au moyen d'une suture enchevillée.

Le 23, j'enlève la sonde à demeure et je la remplace par une bougie armée. Le malade pisse largement autour de celle-ci.

Le 25, le périnée est cicatrisé, le n° 36 vissé sur la bougie entre sans peine dans la vessie.

Tous les quinze jours, puis tous les mois, Sicardet vient chez moi se faire examiner. On passe facilement une sonde Béniqué n° 40.

Cet état est encore le même en janvier 1887. Le jet d'urine est fort, le blessé a des érections complètes et remplit ses devoirs conjugaux.

Le résultat de la seconde opération est excellent et nous n'avons qu'à en féliciter notre confrère; mais celui des opérations primitives est tout à fait contre lui.

Cela tient, selon moi, à ce que ce n'est pas précisément la réunion, la suture des bouts de l'urèthre, qui est le point capital dans une pareille opération, c'est l'accessoire; j'ai déjà soutenu cette thèse devant vous.

Pour obtenir la réunion primitive du périnée, il faut opérer le plus rapidement possible après le traumatisme, bien nettoyer et avoir une plaie parfaitement aseptique. Ce qui importe pour la réunion primitive et la formation d'un bon canal, c'est que le périnée suppure le moins possible.

Les fils tiennent mal sur un urèthre contus. Ils tiennent déjà difficilement sur un urèthre incisé au bistouri comme nous le rapportait dernièrement notre collègue M. Terrier, pour une opération remarquable de suture de l'urèthre après extraction d'un corps étranger. Sur l'urèthre contus, ils tiendront toujours beaucoup moins encore.

Je suis convaincu pour ma part que cette suture n'a pas joué le rôle que lui attribue M. Locquin, même dans son opération secondaire. Les très bons résultats définitifs qu'il a obtenus ne diffèrent pas sensiblement de ceux que donne une bonne uréthrotomie externe. Le temps écoulé ne permet pas du tout d'affirmer que ses malades n'auront jamais de rétrécissement secondaire.

Mais, me limitant à la partie la plus intéressante de son mémoire, je répéterai que, ses résultats de réunion directe des bouts de l'urèthre étant très récents, il n'a pas le droit de conclure

comme il le fait qu'il n'aura pas de rétrécissement secondaire.

Ayant échoué dans ses tentatives de réunion primitive directe, il ne peut pas affirmer non plus que ce soit le bon mode d'intervention.

Enfin, quand il nous affirme qu'une section de l'urèthre est toujours suivie de rétrécissement quand les bouts de l'urèthre n'ont pas été réunis directement, son affirmation nous paraît contestable. Ce retrécissement secondaire traumatique peut manquer, surtout dans les cas où le périnée n'a pas suppuré.

En somme, les opérations de M. Locquin, excellentes comme opérations secondaires, opérations de bonne chirurgie, ne permettent pas les conclusions de leur auteur.

Je les ai insérées dans ce rapport parce qu'elles sont intéressantes, et je vous demande d'adresser des remerciements à l'auteur pour son mémoire qui sera remis aux archives.

Rapport

Sur une observation de *polype muqueux* (*adénome*) *du rectum*, par le Dr Hamon du Fougeray (du Mans).

Rapport par le Dr Just Lucas-Championnière.

L'histoire des polypes du rectum ne comporte guère d'observation analogue à celle qui nous a été envoyée par le Dr Hamon du Fougeray. Pour ma part, j'ai eu l'occasion d'observer plusieurs de ces tumeurs : l'une, sur une jeune fille; l'autre, chez un jeune garçon ; elles ne diffèrent pas des descriptions ordinaires, sujets jeunes, tumeurs pédiculées, ablation facile, pas de récidive.

On a cependant signalé des tumeurs récidivantes qui, tout en affectant la forme histologique des adénomes étaient suivies de récidive et de mort exactement comme les cas de cancer du rectum. L'observation qui nous a été transmise appartient à ces faits exceptionnels. Elle est très bien prise, sobre de développements, très intéressante pour l'histoire de ces tumeurs. Je vous demanderai tout simplement de la reproduire en entier dans nos Bulletins, et d'adresser des remerciements à l'auteur.

Les adénomes du rectum sont tant chez l'enfant que chez l'adulte peu fréquents. L'observation qui va suivre m'a paru intéressante, non seulement par la rareté même du néoplasme, mais encore et peut-être plus, par les particularités qu'il m'a été donné de constater. Voici le fait :

Le nommé Lerouge Augustin, journalier, est âgé de 26 ans. Il est

d'une constitution peu robuste et présente un aspect chétif. Ses antécédents ne présentent rien de bien particulier. Il a vu seulement se développer lentement une tumeur du rectum dont le début remonte à la première enfance. Sa mère, en effet, affirme en avoir constaté la présence vers l'âge de deux ans; elle était alors très petite, indolore, ne saignant pas et ne sortant par l'anus qu'au moment de la défécation; elle rentrait alors spontanément. Cette tumeur a grossi avec l'âge. A 12 ans, le malade a constaté qu'elle saignait parfois quand survenait un peu de constipation; elle sortait, comme toujours, du rectum à chaque garde-robe, mais elle rentrait déjà plus difficilement; il fallait que le malade serrât les jambes l'une contre l'autre. A 19 ans, la tumeur avait un tel volume que, sortie, elle ne rentrait plus qu'avec l'aide des doigts. A 20 ans, Lerouge fut exempté du service militaire pour faiblesse de constitution. Il ne fit pas alors mention au conseil de revision de la tumeur qu'il portait. Jusqu'à cette époque (1880), il n'avait consulté aucun médecin. Les personnes auxquelles il avait eu occasion d'en parler lui avaient dit que c'étaient des hémorrhoïdes, aussi ne s'en occupait-il pas davantage. Cependant la tumeur grossissait toujours, et les inconvénients qui en résultaient s'accentuaient de jour en jour. Il consulta un charlatan qui prescrivit des lavements avec une décoction d'écorce de chêne; il survint alors de violentes douleurs qui le forcèrent à entrer à l'hôpital du Mans, le 27 juin 1885. Il y resta jusqu'au 27 mars 1886 et en sortit toujours avec sa tumeur et dans le même état.

Ce fut le 27 mars 1886, jour de sa sortie de l'hôpital, qu'il vint me consulter. Voici ce que l'on constatait alors :

Quand on introduit le doigt dans le rectum, on sent, à 2 centimètres 1/2 environ au-dessus de l'anus, une tumeur énorme, molle, remplissant tout l'intestin en le dilatant. Ayant fait faire quelques légers efforts au malade, la tumeur sort bientôt et offre à la vue l'aspect d'un *placenta presque à terme* qui s'étale entre les fesses. Sa surface rouge est recouverte de mucosités. Celles-ci, enlevées par le lavage, elle apparait comme hérissée de petits lobules plus ou moins gros. En l'explorant, on reconnaît qu'elle s'implante sur un segment complet de la muqueuse rectale. C'est une implantation *en anneau* large de 2 centimètres. Cette tumeur sort par suite du glissement de la muqueuse rectale. Dans l'effort expulsif, l'anneau d'implantation s'abaisse, et une fois au dehors, l'orifice du rectum occupe exactement le centre de la tumeur.

Au-dessus du pédicule annulaire, la muqueuse rectale s'est adossée à elle-même, elle est double et forme cul-de-sac. La tumeur est indolore et ne saigne que rarement. Elle a près de 25 ans d'existence. On ne constate rien de particulier du côté des ganglions. L'état général n'a jamais été sensiblement modifié.

Cette tumeur présentait donc les signes d'un adénome, précisés par M. le professeur Trélat dans une de ses leçons cliniques, savoir : « Longue durée, volume, pédicule, bénignite relative, surface muqueuse et lubrifiée par du mucus glissant sur tous les points de la tumeur,

contrairement aux anfractuosités des cancers. » Aussi, avant même l'examen histologique pouvait-on porter un diagnostic certain.

Le seul traitement était l'ablation ; ce que je fis le 3 avril 1886 avec le concours dévoué de M. le Dr Le Bêle, chirurgien honoraire de l'hôpital du Mans.

Des divers procédés, je choisis la ligature. La tumeur en effet était très vasculaire, et, en pinçant le pédicule, on sentait nettement en divers points de forts battements artériels.

De plus, ce procédé était le moins compliqué, et il faut remarquer que j'opérais chez un malade pauvre, d'une constitution faible, souvent soumis à des privations qui l'avaient débilité ; je devais donc, à tout prix, éviter une hémorrhagie.

L'opération fut en elle-même assez simple. Une fois la tumeur sortie, la muqueuse rectale double qui surmontait le pédicule fut divisée en quatre segments, et chaque segment fortement serré avec une très forte ligature. Toutes les précautions antiseptiques nécessaires furent prises. Je me servis, pour passer la ligature, d'un stylet aiguillé. Tout l'anneau rectal, ainsi divisé en quatre parties, ayant été bien lié, la tumeur fut réséquée aussi près que possible. Puis, un pansement à la vaseline phéniquée et à l'iodoforme fut appliqué. Dans la suite, des injections à l'eau boriquée furent faites à chaque pansement dans le rectum et après les garde-robes.

Un peu d'opium fut donné le jour de l'opération, mais ne fut pas continué.

Les suites furent des plus simples. Un peu de fièvre légère au début; le cinquième jour, la température était de 37°,6.

A partir du jour de l'opération, les ligatures, qui, au début, étaient au niveau de l'anus, subirent un mouvement ascensionnel très marqué. Elles étaient à près de 3 centimètres au-dessus de l'anus le troisième jour. Toute trace de tumeur ayant alors disparu, je les coupai avec de longs ciseaux. Le doigt ne sentait plus qu'un peu d'induration. Enfin, dix jours après l'opération, le malade se levait, et la défécation était à peine douloureuse.

Comme conséquence, j'obtins une cicatrice circulaire rétrécissant très peu le rectum et située à 2 centimètres au-dessus de l'anus. Afin d'éviter un rétrécissement cicatriciel, je donnai au malade un pessaire Gariel à forme ovale. Je lui en appris le maniement. Pendant trois mois, il s'en est servi, et, au bout de ce temps, le diamètre rectal était normal, et c'est à peine si on pouvait sentir les dernières traces de l'induration cicatricielle.

L'opération ayant eu lieu le 27 mai, le 27 juin on pouvait considérer le malade comme entièrement guéri et à l'abri peut-être d'une récidive. Il en fut ainsi jusqu'au mois de novembre, c'est-à-dire pendant près de huit mois. Pendant ce temps, je revoyais de temps à autre mon malade, et rien jusqu'alors ne faisait pressentir la formation de nouveaux polypes.

Après l'opération, j'avais envoyé la tumeur à M. le docteur Latteux, à la Charité, qui a bien voulu, avec une extrême obligeance, en faire

l'examen. Les coupes qu'il me montra, et que je possède, sont *identiquement* semblables à celles représentées dans les *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie*, n° 8 (5 septembre 1884), et n° 12 (janvier 1885), à propos de deux observations publiées par M. Pozzi, professeur agrégé, et dont l'une appartient à M. le professeur Trélat. Le diagnostic se trouva donc, par ce fait, entièrement confirmé.

Dans les derniers traités classiques publiés en France, voici ce que j'ai rencontré. M. le docteur Peyrot (*Manuel de pathologie externe*, t. III, p. 707), dit que ces tumeurs ne récidivent pas. Il ajoute qu'Enaux et Cambrai ont cependant cité des exemples contraires à cette règle, admise par tous les anciens auteurs.

Dans le *Traité de pathologie externe* de Follin et Duplay, on ne parle que de la tendance à la récidive des tumeurs villeuses et des polypes à forme papillaire. Holmes avait vu une tumeur villeuse récidiver 33 fois en quatre ans (t. VI, p. 482).

La tumeur à laquelle j'ai eu affaire n'est point une tumeur villeuse ni un polype papillaire. Ce que disent Follin et Duplay ne peut donc s'y appliquer. C'est, en effet, à la classe des polypes folliculaires (classification de Gosselin) qu'elle appartient. D'après M. Peyrot, ces polypes ne récidivent pas.

Or, pendant près de huit mois, j'ai cru ne pas avoir de récidive. A partir de cette époque, mon attente a été trompée. Il s'est, en effet, développé lentement, sur divers points de la muqueuse rectale, *mais en dehors du champ opératoire*, de petits grains isolés gros au début comme une lentille et qui sont devenus successivement de petits polypes au maximum gros comme un haricot, lorsque j'en ai fait tout dernièrement l'ablation avec le galvano-cautère. J'en ai enlevé ainsi quatre. Il restait encore deux ou trois petites tumeurs de la grosseur d'une lentille.

Mais le rectum était en très bon état, et, aussi loin que le doigt pouvait pénétrer, on ne rencontrait rien d'anormal. Tel était l'état jusqu'au commencement de février 1887. Alors le malade s'est plaint de diarrhée mêlée quelquefois de sang, avec quelques coliques. Comme il n'avait pas alors de travail et se nourrissait fort mal, je l'envoyai à l'hôpital, afin de lui procurer un régime tonique dont il avait le plus grand besoin. Il y était il y a quinze jours (1er avril), et, se trouvant beaucoup mieux, se disposait à en sortir, quand un soir, après avoir éprouvé un refroidissement en allant aux cabinets, il fut pris de coliques intenses et de vomissements. A partir de ce jour (1er avril soir), l'état général s'aggrava, et le médecin de l'hôpital diagnostiqua une occlusion intestinale. On employa les moyens médicaux d'usage ; mais rien ne calmant les souffrances, le malade demanda à rentrer dans sa famille le 9 avril.

Je fus appelé auprès de lui le lendemain soir, et voici l'état dans lequel je le trouvai : facies abdominal, vomissements très fréquents. A la palpation de l'abdomen, on sent le gros intestin fort augmenté de volume, dur et comme rempli de matières fécales ; léger météorisme. Depuis neuf jours, le malade n'a rien rendu par l'anus, excepté quel-

ques matières sanguinolentes. Abdomen douloureux, surtout dans la fosse iliaque gauche.

Le lendemain, l'état s'était beaucoup aggravé ; signes de péritonite. Mort le 12 avril (soir), à minuit.

Pendant le peu de temps qu'il m'a été donné de le soigner, j'ai inspecté le rectum à plusieurs reprises. Le toucher rectal m'a permis de constater certains phénomènes qui expliquent la marche de la maladie. Tout d'abord je dois signaler en passant que, plusieurs années auparavant, des symptômes d'occlusion s'étaient déjà présentés, mais avaient disparu au bout de quelques jours. Ce fait ne m'a été signalé que dernièrement.

Or, le doigt, introduit dans le rectum, rencontrait, à mon premier examen, très haut, aussi haut qu'il est possible de porter l'index, une tumeur formée de franges manifestement de même nature que la tumeur que j'avais opérée.

Cette tumeur, difficile à explorer d'abord, s'abaissa, et, vingt-quatre heures après, il me fut facile de limiter une tumeur formée intérieurement de franges nombreuses et grosses comme le bout du doigt, et surmontée d'une sorte de boudin à surface lisse. Cet examen était assez pénible, car il fallait faire pénétrer le doigt très haut.

Il y avait donc là une seconde tumeur formée de polypes implantés sur la muqueuse intestinale.

Je n'ai pu, il est vrai, faire l'autopsie ; mais il me semble rationnel d'admettre que cette seconde tumeur, déjà ancienne, grossissant toujours, située très haut et échappant, dans la fosse iliaque gauche, à l'exploration digitale, a dû déterminer les mêmes phénomènes que la première tumeur, située près de l'anus. Il a dû se faire une invagination de la muqueuse analogue à celle qui se produisait à la partie inférieure du rectum quand la tumeur sortait au dehors. Du reste, ce travail semble s'être préparé de longue main, puisque le malade se plaignait depuis deux mois de coliques, selles sanguinolentes, efforts de défécation très douloureux. De plus, l'occlusion n'était pas complète, car il s'est échappé à diverses reprises, les derniers jours, quelques gaz et quelques matières fécales.

Malheureusement, quand le malade m'est arrivé, il m'a paru qu'il était trop tard pour tenter une opération : l'état général était très mauvais (pouls petit, filiforme, faiblesse excessive). De plus, il y avait un commencement de péritonite : météorisme, état asphyxique, tension du ventre, vomissements porracés, hoquet, gêne de la respiration. Devant tous ces symptômes, je n'ai pu employer que le traitement médical.

En résumé, l'observation que je présente m'a paru intéressante par sa rareté.

Un jeune homme de 26 ans est porteur, depuis sa naissance, d'une tumeur volumineuse à la partie inférieure du rectum. Pas d'intervention chirurgicale pendant vingt-cinq ans. Ablation de la

tumeur il y a un an. Pas de récidive pendant plusieurs mois ; puis apparition, en dehors de la cicatrice, de quelques petits polypes qui sont enlevés successivement. État local et général bon, pendant près de dix mois (sauf les petits polypes récidivants). Puis diarrhée et selles sanguinolentes, et deux mois après, subitement, à la suite d'un refroidissement, symptômes d'occlusion intestinale dus à une seconde tumeur siégeant très haut sur la muqueuse du gros intestin. Invagination. Péritonite. Mort.

Tels sont les faits qu'il m'a paru intéressant de signaler.

Communication.

M. Bousquet lit deux observations intitulées :

1° *Arthrite suppurée du genou droit à la suite d'une plaie pénétrante, arthrotomie;* guérison après apparition d'un abcès péri-articulaire;

2° *Épithélioma développé sur une ancienne cicatrice du dos de la main; amputation du bras; suppuration; guérison.*

Ces travaux sont renvoyés à une commission (M. Schwartz, rapporteur).

Communication.

M. Prengrueber communique un cas de mort après le chloroforme chez un enfant de 3 ans.

Ce travail est renvoyé à une commission (M. Nélaton, rapporteur).

Présentation d'instruments.

M. Richelot. J'ai l'honneur de présenter à la Société deux instruments qui peuvent être fort utiles dans l'hystérectomie vaginale.

Il y a des cas où le cancer est bien limité à l'utérus, mais où le col est assez infiltré pour que son tissu soit friable et se déchire facilement. L'opération est nettement indiquée, mais elle est très ardue, car la déchirure du col sous les tractions complique singulièrement le dégagement de l'utérus en avant et en arrière. Pour

peu que l'abaissement soit médiocre et qu'on opère à une grande profondeur, l'extirpation totale devient impraticable.

Érigne de M. Collin. — J'ai trouvé dans l'arsenal de M. Collin une érigne fort ingénieuse, inventée par lui depuis longtemps, et qui s'adapte merveilleusement à ces cas difficiles. C'est une tige mousse qu'on introduit facilement dans la cavité utérine et au bout de laquelle, par un mécanisme très simple, apparaît un double crochet, comme les ongles du chat font saillie par la contraction des muscles fléchisseurs. Cet instrument vaut mieux que tous les endoceps et pinces divergentes, quand on prévoit la friabilité du col et la nécessité d'accrocher l'utérus par sa face interne. Il m'a rendu grand service dans une opération récente dont j'ai donné la relation (*Union médicale*, 23 octobre 1887), en me permettant de maintenir le corps de l'utérus et même de l'abaisser légèrement, pour achever le décollement de la vessie et ouvrir le péritoine.

Crochet de M. Quénu. — Tant que la séreuse n'est pas ouverte, on ne peut saisir l'utérus que par son col ou par sa cavité. Plus tard, quand il est permis d'agir sur le fond de l'organe, le crochet imaginé par M. Quénu trouve son utilité. Cet instrument a la forme d'une tige creuse, aplatie, large d'environ un centimètre et demi. On le glisse dans l'ouverture péritonéale antérieure, et alors seulement on fait saillir deux tiges mousses recourbées qui viennent embrasser étroitement le corps de la matrice.

Le crochet de M. Quénu abaisse l'utérus avec plus de force que lès pinces de Museux; il supplée aux tractions sur le col en cas de friabilité du segment inférieur; enfin, ses deux tiges mousses, proéminant derrière l'utérus, servent de guide pour inciser le cul-de-sac de Douglas.

M. Kirmisson présente un nouvel appareil obturateur pour les malades auxquels on a pratiqué un anus iliaque. Il diffère des anciens appareils en ce qu'il est supporté par un ressort de bandage herniaire, ce qui lui donne sur eux l'avantage de rester bien en place et de ne pas glisser. Cet appareil a été construit, sur ses indications, par M. Aubry.

La séance est levée à 3 heures.

Le Secrétaire,

Terrillon.

Séance du 2 novembre 1887.

Présidence de M. Lannelongue.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° M. Kirmisson demande un congé de trois semaines, durée d'un voyage scientifique qu'il va faire en Autriche (commission des congés) ;

3° M. le Dr Delorme, professeur au Val-de-Grâce, demande à être inscrit au nombre des candidats à la place de membre titulaire, déclarée vacante ;

M. le Dr Reynier, chirurgien des hôpitaux, se porte candidat à la place de membre titulaire vacante ;

4° Un mémoire pour le concours du prix Gerdy, avec la devise : « Le chloroforme et l'antisepsie sont les deux plus grands progrès de la chirurgie moderne. » (Inscrit sous le n° 1) ;

5° Un mémoire pour le prix Gerdy, avec la devise : « Que le livre de la vérité soit ouvert, je veux dire le sac. » (Inscrit sous le n° 2) ;

6° Un appendice d'un mémoire envoyé l'an dernier par erreur pour le prix Demarquay, avec la devise : « Video meliora proboque. » (Inscrit sous le n° 2) ;

7° Un mémoire pour le prix Demarquay, avec la devise : « Audaces fortuna juvat. » (Inscrit sous le n° 5) ;

8° Un mémoire pour le prix Laborie : *De l'étranglement des hernies inguinales et crurales,* avec la devise : « L'opération de la hernie étranglée doit être mise à la portée des chirurgiens les plus expérimentés. » (Inscrit sous le n° 3) ;

9° Trois brochures de *Gynécologie*, par le Dr professeur Wasseige (de Liège) ;

10° M. le Dr Després envoie le discours qu'il a prononcé à l'inauguration du monument élevé à Tours à la mémoire de Bretonneau, Velpeau et Trousseau ; lecture en est donnée par M. le secrétaire général :

DISCOURS PRONONCÉ PAR M. DESPRÉS

A L'INAUGURATION DU MONUMENT DE TOURS.

Messieurs,

La Société de chirurgie de Paris a tenu à honneur de s'associer à l'hommage que la Touraine rend à la mémoire de trois de ses plus glorieux enfants. Elle souhaitait que l'un de ses représentants pût lui rapporter un écho de cette fête, qui lui rappelle tant de bons souvenirs.

La Société de chirurgie, fondée par de jeunes chirurgiens, au moment où Velpeau travaillait à conduire à son apogée sa grande carrière scientifique, fut fondée sans lui. Mais là où il n'était pas, il avait des disciples. Les statuts de la Société surent prévoir la situation qui devait être faite à Velpeau. Quelques années plus tard, en effet, le maître était nommé par acclamation membre honoraire de la Société. Et, je le lui ai entendu dire souvent, il n'était pas moins fier de son titre de membre de la Société de chirurgie, que de tous les autres qu'il avait conquis avec éclat.

A nos séances, c'était lui qui nous donnait l'exemple de l'exactitude ; les heures les plus précieuses pour lui étaient celles où il assistait à l'élection et aux débuts d'un de ses élèves que, là encore, il dirigeait avec les lumières de son grand bon sens chirurgical. Affirmant avec bonhomie, il contredisait sans froisser, quoiqu'il ne fût pas toujours payé de retour. Mais Velpeau, exceptionnellement sans doute, et parce qu'il était un homme supérieur, était exempt de cette susceptibilité rancunière dont peu d'hommes vieillis savent s'affranchir. Voilà vingt ans que Velpeau a disparu : son souvenir est encore vivant parmi nous, et notre *Bulletin* apprendra à la génération qui nous suit, à connaître un des côtés les plus sympathiques de cette grande figure chirurgicale.

J'aurais tout dit s'il ne me restait à ajouter un mot comme Parisien et comme membre de la municipalité parisienne.

Vous nous avez repris Velpeau, vous le gardez, soit ; mais vous ne nous l'enlevez pas tout entier. Si, comme le disait un des vôtres encore, Balzac, Paris seul consacre de leur vivant les hommes et leur œuvre, Paris ne les oublie pas après la mort. Paris a donné à une de ses rues le nom de Velpeau. J'ajoute qu'il ne changera

pas ce nom, cette fois; car Velpeau, comme Bretonneau et Trousseau, est au-dessus des haines populaires et des passions des partis.

Communication.

Orchite paludéenne. — De l'éléphantiasis du testicule indépendant de celui du scrotum. — Des scarifications, comme moyen préparatoire, dans l'ablation des tumeurs éléphantiasiques,

Par M. Le Dentu.

L'intéressant rapport que M. Chauvel nous a lu dans la dernière séance me fournit l'occasion de vous parler d'une lésion spéciale du testicule, que j'ai observée plusieurs fois sur des sujets résidant dans la zone intertropicale. Il ne s'agit plus d'une inflammation aiguë de la glande séminale, déterminée par l'intoxication paludéenne, mais d'une induration chronique, associée à une augmentation de volume, que ses caractères, et plus encore sa coïncidence avec des altérations des téguments du scrotum, permettent d'interpréter dans le sens d'une dégénérescence éléphantiasique.

Avant d'entrer dans le détail de ces faits, je désire vous faire connaître à mon tour un exemple d'orchite paludéenne double, dont j'ai pu suivre la dernière phase sur un habitant de Cayenne, venu en Europe pour sa santé.

Observation I. — Homme de 35 ans, résidant à Cayenne depuis environ quatre ans. A été atteint, à plusieurs reprises, d'accès de fièvre intermittente. Depuis environ six mois, il s'est produit plusieurs fois, du côté des testicules et des cordons spermatiques, des crises très douloureuses, à début brusque, accompagnées de gonflement et d'épanchement dans la tunique vaginale. Après quelques jours, ces phénomènes s'amendaient; mais la tuméfaction persistait dans une certaine mesure. Je n'ai pu savoir au juste si ces poussées inflammatoires étaient précédées par la fièvre, et si cette dernière affectait, pendant leur durée, un type franchement intermittent.

Consulté par lettre sur la nature de ces accidents, je n'hésitai pas à les rapporter à l'influence du climat, et j'adhérai à l'idée d'un voyage en France.

Au moment où j'examinai ce malade, je constatai une induration et une augmentation de volume très notable, non pas seulement du testicule (et ici ce cas s'écarte un peu du type ordinaire de l'orchite paludéenne), mais aussi de l'épididyme et du cordon jusque dans le canal inguinal. Il y avait même plusieurs bosselures reconnaissables le long de l'épididyme et de la partie inférieure du canal déférent. Il existait

des lésions du même genre des deux côtés, à un degré à peu près égal. Une des tuniques vaginales renfermait un peu de liquide. La prostate et les vésicules séminales me parurent saines.

Déjà, pendant la traversée, une amélioration marquée s'était produite dans l'état du malade; mais l'induration, qui persistait, était encore sensiblement plus prononcée, surtout le long du cordon, que celle que l'on observe à la suite des épididymites ordinaires. Ce qu'il y avait surtout de particulier à noter, c'est que les testicules eux-mêmes avaient un volume très supérieur à l'état normal. Ces organes faisaient corps avec les épididymes. On voyait bien qu'ils avaient été atteints en même temps et au même degré que leurs annexes par les poussées inflammatoires.

Si j'avais pu avoir quelques doutes sur la nature de ces accidents, une circonstance qui se produisit bientôt les aurait immédiatement dissipés. En effet, une névralgie faciale intermittente, à type quotidien, horriblement douloureuse, se déclara peu de jours après l'arrivée du malade à Paris. Le sulfate de quinine, à la dose d'un gramme, en eut rapidement raison, avec quelques injections sous-cutanées de morphine. Pendant le cours de cette névralgie, les phénomènes testiculaires n'eurent aucune tendance à se reproduire. Tout au contraire, l'amélioration survenue depuis le départ de Cayenne s'accentua graduellement, sans toutefois aller jusqu'à la guérison complète. Plusieurs mois après, l'induration du cordon et du testicule persistait encore des deux côtés à un certain degré, mais l'hydrocèle avait disparu.

Ce cas diffère un peu de ceux qui ont été rapportés par M. Charvot et par les auteurs qui l'ont précédé, en ce que la fluxion n'était pas exclusivement limitée aux testicules; mais à la lecture des détails qui précèdent, il me semble qu'on ne pouvait douter de la vraisemblance de mon interprétation.

Le malade, retourné aux Antilles, n'a pas été atteint, que je sache, par des rechutes des accidents déjà éprouvés.

Ceux que je désire exposer devant vous se présentent avec des caractères très différents au point de vue du début, de l'étiologie et de la marche clinique. C'est pourquoi je ne me croirai autorisé à les rapprocher des précédents qu'après en avoir fait une description aussi complète que me le permettront mes documents personnels.

En compulsant les observations d'éléphantiasis du scrotum, publiées par les auteurs qui ont été à même d'étudier cette maladie sur un grand nombre de sujets, on constate que, le plus souvent, les testicules sont trouvés indemnes de toute lésion. Parfois seulement, il est question d'une atrophie de ces organes, et bien plus rarement encore d'une augmentation de volume. Cette dernière particularité a été surtout notée, dans ces dernières années, par les médecins exerçant aux Indes et en Chine. Peut-être même

n'a-t-elle été bien étudiée que par Manson, médecin des douanes chinoises, à qui l'on doit d'intéressants travaux sur la filaire du sang et sur les accidents causés par ce parasite.

J'ai eu, pour mon compte, deux fois l'occasion de constater l'augmentation de volume des testicules chez des sujets atteints d'éléphantiasis du scrotum ; mais il y avait entre ces deux cas une différence importante : c'est que, dans l'un, cette augmentation de volume paraissait s'être développée en même temps que les altérations des téguments, tandis que, dans l'autre, elle avait certainement précédé cette dernière. Voici un résumé de ces deux faits :

Obs. II. — M. X..., âgé de 40 ans environ, me consulte pour la première fois en 1875. Il habite Surinam pendant la plus grande partie de l'année et fait un voyage en Europe presque tous les étés. Depuis plusieurs mois, il est atteint d'un gonflement anormal des deux testicules. La peau des bourses s'est altérée graduellement. Actuellement elle offre un aspect éléphantiasique peu prononcé. Les couches sous-cutanées ne sont pas indurées. L'épaississement qu'elles ont subi ne leur a enlevé qu'une partie de leur souplesse. Elles forment avec la peau un pli qui dépasse par en bas les testicules. Le raphé est devenu plus saillant. La surface de la peau est soulevée en facettes mamelonnées surmontées par les bulbes pileux. Le fourreau de la verge, quoique non envahi par des altérations analogues, s'est raccourci notablement, et le pénis est enfoncé en partie dans le scrotum. Ce dernier est donc manifestement atteint de dégénérescence éléphantiasique, mais il n'offre pas la forme globuleuse habituelle en pareil cas.

Cette particularité permet de mieux se rendre compte de l'état des testicules. Ceux-ci ont tous deux le volume d'un gros œuf de dinde. Leur surface est assez régulière. Cependant, au niveau des épididymes, qui sont également tuméfiés, on sent de grosses bosselures arrondies, à consistance semblable à celle de toutes les autres parties des glandes séminales.

Au premier abord, le diagnostic qui se présente à l'esprit est celui d'une infiltration tertiaire syphilitique des deux testicules ; je penche d'autant plus vers ce diagnostic que M. X... dit avoir eu, quelques années auparavant, un chancre qui avait été constaté et soigné par le professeur Tilanus, d'Amsterdam. Mais ce chancre n'avait pas été suivi d'accidents secondaires, et actuellement l'examen le plus scrupuleux ne révélait chez le malade aucune lésion spécifique. Je crus devoir néanmoins le soumettre à un traitement mixte qui n'amena aucune amélioration. Le même diagnostic fut porté et le même traitement institué successivement, à une année d'intervalle, par MM. Villemier, Hardy et Fournier. Des doses très fortes d'iodure de potassium, et des frictions d'onguent napolitain n'eurent aucune prise sur la tuméfaction anormale des testicules. Quoiqu'il soit constant que le traitement spécifique le plus énergique puisse quelquefois rester sans action sur les

altérations tertiaires de certains organes, dans l'espèce l'insuccès absolu de la médication et la coïncidence de lésion des téguments avec celles des testicules m'amenèrent à penser que ces dernières étaient de la même nature. Je me souvins alors que Velpeau avait mentionné, dans l'article TESTICULES, du *Dictionnaire en 30 volumes*, une hypertrophie spéciale de ces organes, qu'il avait rencontrée plusieurs fois chez des individus venus des pays chauds. Mais il n'avait pas parlé de la coïncidence possible de cette hypertrophie avec l'éléphantiasis du scrotum, de sorte que, pour établir une relation, d'une part entre les faits de Velpeau et celui que j'observais, d'autre part entre les lésions testiculaires de mon malade et celles qu'offraient ses téguments, il fallait être certain qu'aucune affection autre qu'une sorte d'éléphantiasis du testicule ne pouvait être en cause. Or, du moment que la syphilis devait être rejetée, il ne pouvait être question ni d'une orchite simple chronique, ni d'une tuberculose double, ni d'une affection maligne quelconque. D'ailleurs, M. Fournier, après avoir constaté l'inefficacité du traitement énergique institué par lui, m'avait déclaré très nettement qu'il ne croyait plus à la syphilis, et qu'il se trouvait en présence d'un cas nouveau pour lui.

Quant à moi, mon opinion était faite dès avant cette dernière tentative de traitement anti-syphilitique, et elle n'a pas varié depuis lors.

J'ai revu ce malade bien des fois, et j'ai chaque fois retrouvé les testicules et le scrotum dans le même état. Sans doute, sous l'influence de séjours répétés et prolongés en Europe, la maladie s'était arrêtée dans sa marche. Pour terminer, j'ajouterai que le malade était sujet à de petits écoulements blennorrhéiques ne présentant jamais le caractère d'une blennorrhagie franche, et que j'étais assez disposé à attribuer aux altérations testiculaires. De plus, à partir d'un certain moment, il s'est plaint à moi d'un affaiblissement marqué dans ses facultés génésiques.

Je conclurai en disant que, selon moi, M. X... était atteint de lésions de nature éléphantiasique des testicules. Cette opinion sera justifiée par les considérations que l'on trouvera à la fin de ce travail.

Voici maintenant un cas où l'on verra les altérations des testicules précéder de longtemps celles de leurs enveloppes tégumentaires :

OBS. III. — M. X..., 48 ans, arrivé de l'Amérique tropicale au mois de mai 1885.

Éléphantiasis manifeste du scrotum. Ce dernier, régulièrement globuleux, n'a pas loin de 15 centimètres de diamètre. Sa consistance, passablement uniforme, est cependant plus ferme tout le long du raphé, sur une largeur d'au moins 3 travers de doigt. On sent que l'induration se prolonge profondément dans la cloison du dartos.

Plaque d'induration du côté de l'aine gauche. Le prépuce est envahi ainsi que le dos de la verge. Il est absolument impossible de découvrir le gland.

Au travers des téguments épaissis, on sent facilement les deux testicules gros comme des œufs de dinde. Leur surface, régulièrement convexe, est lisse dans toute son étendue. Les épididymes ne se distinguent pas nettement, ou du moins ils ne forment pas une saillie très marquée. Les canaux déférents augmentés de volume se sentent sans peine jusque dans le canal inguinal.

Je reconnais sans peine les caractères signalés dans l'observation qui précède. Il n'est pas douteux que je ne sois en présence d'un cas du même genre ; mais en remontant vers les antécédents de ce malade que j'avais déjà soigné en 1873 et an 1875, c'est-à-dire douze et dix ans auparavant, je puis sans difficulté reconstituer son histoire pathologique et reconnaître que chez lui les altérations des testicules avaient commencé plus de cinq ans avant celles des téguments.

Ce malade avait été traité vers 1868 pour un rétrécissement peu serré de l'urèthre occasionné par d'anciennes blennorrhagies. En 1873, j'avais reconnu, par une exploration du canal, qu'il ne persistait plus qu'un peu d'uréthrite profonde, et j'avais pratiqué deux cautérisations avec le porte-caustique de Lallemand. Déjà, à cette époque, j'avais constaté que les testicules avaient un volume anormal, mais je n'avais pas attaché grande importance à cette particularité, n'étant pas certain qu'elle était due à un état pathologique.

Deux ans après, je donnais encore des soins, à Paris, au même malade (instillations de nitrate d'argent, passage de bougies en gomme du nº 18 au nº 22 et de quelques mandrins de Béniqué).

Ce fut vers 1878 que la peau du scrotum commença à être le siège de ces poussées érysipélateuses qui sont le prélude ordinaire de l'éléphantiasis ; mais c'est seulement vers le mois de mars 1885 que des accidents du même genre atteignirent le fourreau de la verge. M. X..., a conservé intactes ses facultés génésiques ; il ne s'est produit chez lui aucun suintement uréthral depuis le premier traitement de l'uréthrite profonde (1868).

Lorsqu'au mois de mai 1885 je revis ce malade, je pensai qu'il y aurait lieu de pratiquer une opération pour arrêter la marche de l'éléphantiasis et pour diminuer le volume du scrotum. Mais, comme les altérations des téguments s'étendaient jusqu'au périnée et jusqu'aux aines, comme d'autre part une bonne partie du fourreau de la verge avait été envahi par l'éléphantiasis, il aurait fallu, si cette opération avait dû être pratiquée sans retard, tailler en plein dans les tissus malades et faire des délabrements étendus du côté du pénis. Attendre du changement du climat seul une amélioration rapide, c'eût été s'exposer à une déception probable ou tout au moins perdre beaucoup de temps. C'est alors que l'idée me vint de recourir aux scarifications pour modifier rapidement toutes les parties altérées.

Depuis la fin de mai jusqu'au commencement d'août, je fis en moyenne, tous les cinq ou six jours, une séance de scarifications superficielles de vingt ou trente hachures, sur des différents points, tantôt sur le prépuce, tantôt sur les bourses, tantôt sur la région inguinale gauche. Une amélioration évidente fut rapidement obtenue par les sept ou huit pre-

mières séances, et s'accentua pendant le reste du traitement; mais, comme ces petites pertes répétées de sang et de sérosité avaient fatigué le malade, je suspendis les séances vers le commencement d'août, et je l'envoyai faire une saison à la Bourboule. Je le retrouvai à son retour à peu près dans le même état qu'à son départ, du moins au point de vue de l'état local.

Quelques nouvelles séances de scarifications firent disparaître en totalité l'induration éléphantiasique du prépuce et rendirent à la plus grande étendue des téguments du scrotum leur apparence et leur consistance normale. Lorsque je reconnus que ce mode de traitement avait épuisé ses effets, je déclarai que pour obtenir un résultat complet une opération serait nécessaire, mais à ce moment l'état du malade n'avait plus aucun rapport avec celui où il se trouvait six mois auparavant. Il ne restait plus sur le dos de la verge et dans la région inguinale gauche qu'une petite plaque indurée de 3 centimètres de long sur un de large. Le prépuce était redevenu absolument normal. Quant au scrotum, il ne présentait plus d'induration que dans son milieu tout le long du raphé et sur une largeur qui n'excédait pas 5 à 6 centimètres au maximum. Dans tout le reste de son étendue, il avait recouvré sa souplesse.

Tandis que du côté des téguments se produisaient ces heureuses modifications, du côté des testicules il n'y avait pas de changement appréciable. Ces organes avaient toujours le même volume, la même forme ovoïde ; leur consistance, si différente de la mollesse élastique spéciale aux testicules sains, était remarquable par la sensation de dureté uniforme propre aux tissus fibreux. Il n'y avait toujours pas de liquide dans les tuniques vaginales.

L'opération consista dans l'excision de la partie moyenne du scrotum suivant le procédé que j'ai décrit dans mon mémoire sur l'opération du varicocèle, ainsi que des deux petites plaques indurées du pénis et de l'aine. La réunion immédiate fut obtenue dans tous les points, et la guérison ne se fit pas longtemps attendre.

Je joins à cette observation l'examen histologique des parties enlevées qui a été fait au laboratoire du Collège de France. Il était important de s'assurer s'il n'existait pas dans ce tissu des filaires à l'état embryonnaire ou adulte. On n'en trouva point, malgré le soin avec lequel furent dirigées les recherches. Quelque temps après l'arrivée du malade à Paris, j'avais examiné, avec le professeur Damaschino, quelques gouttes de son sang ou de la sérosité s'échappant de plusieurs piqûres du scrotum vers dix heures du soir. Ce double examen avait été négatif. Il était donc peu probable, sinon certain, que dans ce cas la maladie ne reconnaissait pas pour cause la présence de ce parasite dans l'organisme.

Retourné dans son pays dès le mois de mars 1886, le malade s'y est bien porté jusque vers le mois d'avril de cette année. Mais j'ai su qu'il s'était produit chez lui trois poussées d'érysipèle lymphan-

gitique de la jambe, ce qui n'a pas empêché la guérison de se maintenir dans les points opérés.

Examen histologique de la peau d'un scrotum éléphantiasique, opéré par M. Le Dentu, le 6 décembre 1886.

La pièce présentée offre à l'examen, à l'œil nu, un épiderme irrégulièrement bosselé, sur lequel les poils sont rares. La surface de section est franchement lardacée, les tissus sont durs et décolorés. En examinant avec attention certains points de la coupe, on y remarque la section des veinules qui reste béante.

La dissociation de ces tissus, après macération dans l'alcool au tiers, ne fait découvrir aucune trace de filaire.

La peau est coupée en cubes d'un centimètre, mise à durcir pendant quinze jours dans le liqnide de Muller, et traitée successivement par la gomme arabique et l'alcool à 36°.

Les coupes colorées au picro-carminate d'ammoniaque présentent les particularités suivantes :

A un faible grossissement, l'épiderme semble atrophié; ses différentes couches ne peuvent se voir distinctement. Examinées à un fort grossissement, les cellules du stratum granulosum ne renferment aucune gouttelette d'éléidine, ni aucune granulation pigmentaire.

Vu à un faible grossissement, le derme paraît considérablement hypertrophié et confondu en quelque sorte avec le tissu cellulaire sous-jacent. Cette hypertrophie semble résulter d'une prolifération considérable du tissu conjonctif réuni en faisceaux d'une grande densité. On y distingue en outre, d'une façon très nette, des cellules embryonnaires disséminées dans toute son épaisseur, ou englobées entre les faisceaux du tissu conjonctif. Ce dernier fait est rendu très évident en traitant les coupes par l'hématoxyline et l'éosine.

Les muscles lisses de la peau sont sensiblement hypertrophiés, et leurs différents faisceaux sont séparés les uns des autres par une trame conjonctive au milieu de laquelle on trouve par place des traînées d'éléments embryonnaires.

Les vaisseaux lymphatiques sont considérablement dilatés; leurs parois amincies sont en quelques points renforcées par un tractus conjonctif rempli d'éléments embryonnaires. Dans d'autres points, les lymphatiques forment de larges espaces sinueux, de véritables lacunes lymphatiques.

Les veinules du derme semblent avoir conservé leur calibre normal; néanmoins, la gaine celluleuse qui les environne paraît très hypertrophiée.

Dans les deux cas qui précèdent, on a vu l'induration éléphantiasique des testicules liée à l'apparition simultanée ou ultérieure d'un éléphantiasis scrotal. Voici maintenant des faits qui démontrent que cette même altération peut exister indépendamment de toute lésion du côté des téguments.

Il y a quelques années, j'ai opéré à Paris un habitant de Démérari (Guyane anglaise) atteint d'hydrocèle double. La quantité de liquide évacué était peu considérable relativement au volume des bourses. C'est que, une fois les tuniques vaginales vidées, je reconnus que les deux testicules avaient des dimensions très supérieures à celles de l'état normal, qu'ils avaient perdu leur élasticité, et que leur surface, restée cependant lisse et régulière, offrait à la pression des doigts une résistance ferme. Ces modifications de texture des glandes séminales n'empêchèrent pas les injections de teinture d'iode de réussir.

Dans le travail que j'ai consacré il y a trois ans à l'étude de l'hydrocèle graisseuse, j'ai noté, parmi les particularités que présentait mon malade une augmentation de volume des deux testicules accompagnée d'induration. Ici encore l'aspect des téguments était parfaitement normal. J'ai un souvenir plus vague de plusieurs autres cas d'induration hypertrophique des testicules, que j'ai eu l'occasion de constater à une époque où mon attention n'avait pas été suffisamment attirée sur la nature de cette lésion. J'en ai même dit un mot dans ma thèse d'agrégation sur les anomalies des testicules au chapitre de l'*hypertrophie*.

Ainsi, à côté des faits d'orchite paludéenne franche, caractérisés par une poussée inflammatoire aiguë accompagnée de fièvre, il faut admettre une affection du testicule propre aux habitants des pays chauds et caractérisée de son côté par une augmentation de volume considérable, par une induration uniforme et par sa marche essentiellement chronique, affection qui accompagne parfois l'éléphantiasis du scrotum ou qui peut en rester tout à fait indépendante. Quelle en est la nature? Quels sont ses rapports soit avec l'orchite paludéenne aiguë, soit avec la dégénérescence éléphantiasique des téguments? Voilà autant de questions qu'il importerait de pouvoir résoudre.

La coïncidence de l'hypertrophie éléphantiasique du testicule avec l'éléphantiasis du scrotum prouve, à n'en pas douter, que les deux affections ressortissent à une cause commune. D'autre part, l'identité clinique de cette hypertrophie éléphantiasique, suivant qu'elle est associée à l'éléphantiasis du scrotum ou qu'elle en est indépendante, prouve que dans les deux cas les lésions sont les mêmes.

Reste à savoir quel rapport il y a entre cette induration hypertrophique chronique et l'orchite paludéenne, et, dans le cas où ce rapport existerait réellement et où la première serait simplement la forme chronique de la seconde, si toutes deux dépendent de l'impaludisme.

Conclure affirmativement, ce serait du même coup trancher une

question encore controversée, c'est celle de la nature paludique de l'éléphantiasis des téguments, puisque l'on voit quelquefois naître ensemble les altérations des bourses et celles des testicules. Or, dans l'état actuel de la question, surtout depuis l'apparition des travaux qui ont mis en lumière l'influence nuisible de la filaire dans certains cas bien avérés, pareille affirmation manque encore de bases solides. On sait fort bien que l'éléphantiasis peut être rare là où les fièvres intermittentes sont fréquentes et inversement.

Mais il y a un point qui est acquis, c'est que, quelle que soit la cause de l'éléphantiasis, même s'il est accidentel, c'est le système lymphatique qui paraît frappé primitivement. L'accident primitif que l'observation a révélé depuis longtemps, c'est une lymphangite réticulaire et radiculaire interstitielle aussi bien que superficielle, revenant par poussées à apparence érysipilateuse, jusqu'au jour où l'œdème chronique et l'hyperplasie du tissu conjonctif caractérise l'éléphantiasis acquis.

N'y a-t-il pas une analogie frappante entre ces poussées inflammatoires et celles qui donnent la physionomie clinique à l'orchite paludéenne? J'incline donc à penser que cette dernière est une lymphangite intra-testiculaire à répétition, et que, par extension de la même idée, l'éléphantiasis du testicule lui-même est primitivement une lymphangite chronique, qui peut succéder à la forme aiguë ou affecter d'emblée une forme insidieuse.

Qu'on n'objecte pas que l'identité de la lésion doit impliquer l'identité de la cause. N'est-il pas démontré que l'éléphantiasis des téguments, toujours semblable à lui-même au point de vue histologique, quelles que soient les conditions dans lesquelles il s'est développé, reconnaît des causes multiples? Si l'influence climatérique est celle dont l'action est prédominante, il n'en est pas moins vrai que, dans les régions où cette influence ne peut être invoquée l'irritation des vaisseaux lymphatiques peut déterminer à la longue, chez certains sujets, cette forme d'éléphantiasis qu'on s'est habitué à appeler accidentelle, quoique ne différant nullement de la forme habituelle. L'histoire des œdèmes chroniques fourmille de faits qui pourraient être interprétés dans le même sens.

De même, s'il est avéré que l'on ne trouve pas de filaires chez tous les sujets atteints d'éléphantiasis, il est incontestable que la présence des parasites dans le système lymphatique peut, avec l'aide du climat, provoquer la lymphangite primitive de l'éléphantiasis et secondairement l'éléphantiasis lui-même.

On peut donc admettre l'identité des lésions sans affirmer l'identité des causes et rester ainsi dans une prudente réserve, en attendant que la question ait fait un pas de plus en avant.

Je terminerai ce travail, en insistant sur le mode de traitement préparatoire que j'ai mis en pratique sur le malade que j'ai opéré à Paris, il y a vingt mois. Les séances de scarification, qui ont atteint le nombre de dix-neuf en tout, avaient si rapidement modifié l'état des parties, qu'il m'était impossible de penser que l'influence seule du changement de climat devait avoir tout l'honneur de l'amélioration très importante obtenue par ce moyen. Elle restreignit dans de grandes proportions les limites de l'opération que j'eus à pratiquer, et dont le résultat s'est maintenu jusqu'à ce jour.

Il est donc permis de systématiser cette méthode, lorsque les lésions ne sont pas trop anciennes, et surtout lorsqu'elles n'ont pas envahi une région étendue. Elle ne serait guère applicable sur les membres; c'est au scrotum et sur la verge qu'elle offre le plus de chances de succès. Peut-être pourrait-on par son emploi enrayer dès leur début les accidents, même sans que les malades aient changé de climat, mais sans oublier que de petites pertes de sang trop rapprochées suffisent pour anémier les opérés.

Ceci est un point que des observations ultérieures élucideront peut-être. Je ne fais que poser la question pour le moment, tout en restant convaincu que la meilleure manière d'arrêter le développement de l'éléphantiasis des pays chauds, c'est de soustraire les malades aux conditions, quelles qu'elles soient, qui l'ont engendré.

Discussion.

M. Terrillon. Plusieurs auteurs ont cherché à faire entrer dans le langage médical l'expression d'*orchite paludéenne*. Je crois qu'il y a là une interprétation vicieuse. Le paludisme, qui est cause d'une série de troubles généraux, ne paraît pas avoir par lui-même une influence sur le testicule. En effet, dans certaines régions européennes, où les fièvres intermittentes et les autres accidents paludéens sont fréquents et souvent graves, cette affection testiculaire n'existe pas.

Elle paraît donc se rencontrer surtout dans les pays intertropicaux, chauds et humides.

Qu'on accuse une influence climatérique ou régionale, je le veux bien, puisque la cause réelle nous échappe, mais faire rentrer cette orchite dans le cadre des affections paludéennes est une exagération et constitue une fausse interprétation.

A propos des cas signalés par M. Le Dentu, je désire rappeler un fait analogue aux siens, que j'ai pu étudier dernièrement. Il s'agit d'un médecin français, domicilié depuis dix ans à Cayenne (Guyane).

Paris. — Société d'Imp. PAUL DUPONT (Cl.) 46.11.87. *Le Gérant :* G. MASSON.

Fort éprouvé par le climat, il s'est surtout ressenti d'une dyssenterie rebelle.

Quelques années après son arrivée dans le pays, il a eu des poussées congestives et même inflammatoires du côté des testicules.

Puis le scrotum a commencé à augmenter depuis trois ans, présentant tous les signes d'un éléphantiasis. Il vint en France en mai 1887 pour se faire opérer.

En l'examinant, je trouvai le scrotum énorme, gros comme la tête du malade. La peau est dure, bosselée, couverte de verrucosités et la même altération remonte sur le fourreau de la verge.

En palpant avec soin, il me semble, malgré l'épaisseur de la peau et des tissus sous-jacents, que le côté droit du scrotum contient du liquide qui serait dans la tunique vaginale.

Le testicule gauche, situé un peu latéralement, est assez gros en dehors de la tumeur principale, mais aplati sur elle.

Une ponction avec l'appareil Potain donne 2 litres et demi de liquide citrin, qui, analysé par M. Genévrier, interne en pharmacie à la Salpêtrière, présentait la même composition que le liquide de l'hydrocèle ordinaire.

Le testicule me sembla augmenté de volume et avoir plus du double du volume normal.

La peau et les tissus sous-jacents indurés formaient, après la ponction, une masse molle, irrégulière et très bosselée.

Le malade ne voulut plus entendre parler d'opération radicale, se trouvant ainsi suffisamment soulagé. Il repartit pour Cayenne, et depuis je n'ai plus eu de ses nouvelles.

M. Monod. Ayant eu l'occasion récemment, pour un travail que je prépare, de concert avec mon ami le Dr Terrillon, de faire l'inventaire des documents concernant les affections du testicule, je n'ai, en effet, pas vu que les faits dont M. Le Dentu vient de nous entretenir, aient été jusqu'ici suffisamment étudiés. Comme notre collègue, je ne connais à cet égard que le passage de Velpeau, cité par lui, et cette mention assez vague, que les médecins des pays chauds ont signalé certaines augmentations de volume du testicule, considérées par eux comme d'origine éléphantiasique ou parasitaire.

Je partage aussi les vues de M. Le Dentu sur la pathogénie de la lésion dont il a observé divers exemples. J'admets avec lui que l'hypertrophie du testicule, constatée chez ses malades, doit être d'origine lymphatique, bien qu'il n'ait pu établir qu'elle fût liée à la présence d'un parasite. L'hydrocèle graisseuse qui, comme il l'a rappelé, s'accompagne parfois d'hypertrophie du testicule qui,

très probablement, résulte, dans la plupart des cas, du trouble que l'accumulation de parasites (filaires) apporte dans la circulation lymphatique, pourrait peut-être, elle aussi, dépendre quelquefois d'une autre cause, sans cesser pour cela d'être d'origine lymphatique.

Le fait a été démontré pour les épanchements analogues qui se font dans d'autres séreuses de l'économie. Les épanchements graisseux de la plèvre et du péritoine, par exemple, ont été observés, en dehors de toute filariose, chez des tuberculeux et des cancéreux, et ont pu être rattachés à une lésion, constatée à l'autopsie, des vaisseaux lymphatiques.

Il paraît, du moins, bien établi que, dans ces cas, comme dans ceux jusqu'ici connus d'hypertrophie du testicule, le système lymphatique est touché. Cette lésion, quelle que soit sa cause, est le lien commun qui réunit ces affections, si diverses en apparence.

Le fait que vient de citer M. Terrillon est de même ordre. L'épanchement vaginal qui, chez son malade, accompagnait l'éléphantiasis du scrotum et l'hypertrophie du testicule, peut être considéré comme étant, lui aussi, d'origine lymphatique, si l'on veut bien admettre cette vue d'anatomie générale, qui assimile les séreuses aux espaces lymphatiques du tissu conjonctif, les séreuses n'étant, à vrai dire, autre chose que de grands espaces lymphatiques.

Je fais remarquer enfin que l'éléphantiasis du scrotum observé par M. Le Dentu, chez ses malades, a été signalé aussi comme pouvant accompagner l'hydrocèle graisseuse ; argument nouveau à l'appui de l'idée qui rattache ces divers phénomènes à une lésion, parasitaire ou non, du système lymphatique.

M. Le Dentu. On sait que l'hydrocèle simple est souvent volumineuse et fréquente dans les pays chauds. Elle est due probablement à une altération des voies lymphatiques à marche lente et insidieuse.

Rapport.

Sur un appareil présenté par M. le Dr Pluquet, de Guestigny (Somme.)

Rapport par M. Humbert.

M. le Dr Pluquet a présenté à la Société un appareil dont il se sert avec avantage, depuis plusieurs années, dans le traitement des fractures du membre inférieur.

Cet appareil se compose d'une gouttière dont les côtés se rabattent, pourvue à chaque extrémité d'un cerceau de fer mobile. Ces

deux cerceaux sont reliés entre eux par une tige horizontale. La gouttière étant ouverte et les cerceaux enlevés, on y dispose un appareil de Scuttet, composé seulement de huit ou dix bandelettes qu'on applique, comme à l'ordinaire, autour du membre fracturé; puis, la gouttière fermée et les cerceaux replacés, on embrasse le talon, resté libre, avec une pièce de toile ou talonnière, dont les chefs viennent se croiser sur le cou-de-pied et qu'un sous-pied empêche de remonter. Dans l'anse formée par les chefs de cette talonnière on passe un lien qui vient se nouer sur la tige horizontale. Un coin de bois, glissé, entre le nœud et la tige, permet de régler à volonté le degré d'élévation du pied.

Ajoutons que, grâce à un anneau fixé au sous-pied de la talonnière, auquel on suspend un poids, et à un prolongement de la gouttière qu'on peut placer d'un côté ou de l'autre et qui remonte jusqu'à la racine du membre, il est aisé de pratiquer l'extension et la contre-extension.

Tel est l'appareil dont M. Pluquet dit avoir obtenu constamment les meilleurs résultats; ses principaux avantages seraient les suivants :

Facilité de visiter chaque jour la fracture; pas de compression ni de douleur, jamais de douleur du talon. rapidité de la guérison, sans claudication. M. Pluquet dit n'avoir jamais eu un seul boiteux.

Cet appareil, qui tient à la fois du Scultet, des appareils hyperthésiques et des appareils à extension continue est certainement bien conçu, et je ne doute pas qu'on en obtienne d'excellents effets. Toutefois, ne le connaissant pas par moi-même et n'ayant jamais eu l'occasion de l'appliquer, il me serait difficile d'en parler plus longuement et surtout de formuler à son égard une appréciation motivée.

Je propose à la Société :

1° D'adresser des remerciements à M. Pluquet;

2° De déposer dans les Archives la note dans laquelle il donne la description de son appareil.

Communication.

Plaie pénétrante de l'abdomen et de l'utérus chez une femme enceinte de six mois,

Par le Dr Schwartz.

La rareté du fait et l'intérêt chirurgical qui s'y rattache nous

engagent à vous faire part d'un cas que nous venons d'observer, et de soigner à l'hôpital Beaujon.

Il s'agit d'une jeune femme de 22 ans, M. D..., couturière, qui est amenée à l'hôpital Beaujon, le 18 août, à 2 heures du matin. Elle raconte qu'enceinte de six à sept mois, elle a reçu à 8 heures du soir un coup de couteau dans le ventre, qu'elle a perdu connaissance et qu'une grande quantité de sang s'est échappée de la plaie qui lui a été faite.

Au moment où elle entre à l'hôpital, on découvre sur la partie antérieure de l'abdomen, à gauche de la ligne médiane, une plaie linéaire de 6 centimètres environ, obliquement dirigée de bas en haut, de droite à gauche, remontant jusqu'à quelques centimètres de l'ombilic et présentant à sa partie supérieure une encoche de 2 centimètres. Par cette plaie, l'intestin a fait issue et une anse de 90 centimètres environ est restée dehors depuis le moment de l'accident, protégée seulement par la chemise et les vêtements de la blessée. En même temps que l'intestin, deux pieds de fœtus font saillie par la plaie abdominale.

Malgré tout, le facies n'est pas trop altéré ; M. D... répond très bien à toutes les questions qu'on lui pose, le pouls est fréquent, mais non petit ; la température est normale.

Dès que la blessée a été couchée et débarrassée de ses vêtements, on enveloppe dans des compresses trempées dans une solution de sublimé à 1/1000 tiède, les anses intestinales herniées. L'on vient me chercher à 3 heures du matin pour remédier à la situation, soit sept heures après l'accident.

M. D... est anesthésiée avec le chloroforme ; puis, aidé de MM. Temoin et Parell, internes à l'hôpital, je pratique, dans un premier temps, un lavage de toutes les parties herniées avec de l'eau bouillie et tiède à 40° ; je m'assure qu'aucune des anses intestinales ne présente de plaie, que l'épiploon sorti avec elles et le mésentère sont intacts ; le tout est lavé encore une fois à la liqueur de van Swieten, puis mis à l'abri sous des compresses de liqueur de van Swieten. Ceci fait, la plaie abdominale accidentelle étant trop étroite pour pouvoir explorer la cavité et surtout l'utérus, nous l'agrandissons de 7 centimètres vers sa base, en nous dirigeant vers la ligne médiane. Il est alors facile de constater que le fond de l'utérus a été ouvert par une incision transversale, intéressant la paroi antérieure d'un côté à l'autre des cornes utérines, et qui a laissé passer tout le fœtus, excepté la tête qui est encore dans la cavité, enserrée comme par une boutonnière ; le muscle utérin s'est en effet contracté sur le cou du fœtus et empêche toute manœuvre ; l'abdomen est plein de caillots sanguins, surtout accumulés dans le cul-de-sac utérin. Il est bien certain que le fœtus est mort. Nous agrandissons avec les ciseaux la plaie utérine, en appliquant des pinces à forcipressure sur les grosses veines qui saignent; après quelques efforts la tête est retirée, puis le placenta qui s'insérait immédiatement au-dessous de la plaie accidentelle et n'avait pas été atteint par l'instrument vulnérant; la cavité abdominale, puis celle de l'utérus sont lavées à l'eau bouillie tiède et débarrassées de tous les

caillots qu'elles contiennent. Ceci fait, nous procédons à la suture de la matrice. Après l'avoir touchée avec une solution phéniquée à 120°, douze points de suture au catgut n° 4 réunissent la solution de continuité en faisant en sorte d'adosser exactement les bords de la plaie; il est remarquable de voir que, malgré la large incision du fond, l'utérus se rétracte et devient de plus en plus petit, mais tout en gardant sa consistance molle. Cela fait, les anses intestinales, lavées encore une fois, sont réduites non sans quelque difficulté, dans le ventre; puis, après une dernière toilette, l'abdomen est refermé, comme après une laparotomie, par dix points de suture métallique, adossant séreuse contre séreuse. On pratique une large irrigation du vagin avec de la liqueur de van Swieten, puis son tamponnement avec de la gaze iodoformée froissée.

Le pansement de la plaie abdominale est celui des ovariotomies graves, quelques doubles de gaze iodoformée et par-dessus trois grandes vessies de glace devant rester en permanence. L'opération a duré une heure environ; la blessée se réveille facilement. Son aspect, son pouls sont très bons; elle ne souffre pas.

Le matin, son ventre n'est pas douloureux; la température est à 37°,2; le pouls à 110; le soir, même état; température 37°,4; diète absolue.

Le 19 août, état général très satisfaisant; mais la malade a un peu vomi; température 38°, pouls 112; le soir, le thermomètre ne marque que 37°,8; pouls 120.

Malgré ces signes de péritonite et les mauvaises conditions dans lesquelles la blessée nous était arrivée, tout en somme pouvait encore faire espérer une bonne solution.

Le 20 août, après une diète absolue de quarante-huit heures, elle prend du lait glacé et des boissons froides; le tampon vaginal est enlevé et renouvelé; les lochies ne sont pas fétides.

Le 21 août, la péritonite se dessine; les vomissements verdâtres deviennent plus fréquents; le ballonnement du ventre augmente, ce dernier dévient douloureux; le pouls atteint 140, la température 38° seulement.

Le 22 août, la malade meurt avec toute sa connaissance à 8 heures du matin, soit quatre jours et demi après l'opération.

L'affaire étant du ressort médico-légal, l'autopsie a été pratiquée par M. le Dr Socquet, qui a bien voulu la faire sous les yeux de notre interne. En voici les détails principaux :

A l'ouverture de la cavité abdominale, une certaine quantité de liquide séro-purulent s'écoule en dehors, et les anses intestinales apparaissent unies entre elles par des brides de péritonite récente; ces brides sont surtout abondantes au niveau de la plaie abdominale où elles forment comme un magma purulent.

Entre toutes les anses de l'intestin, celles qui étaient au dehors après l'accident se distinguent par une teinte foncée ecchymotique.

L'intestin déroulé ne présente de perforation nulle part.

L'utérus est long de 14 centimètres, large de 11 ; il pèse 320 grammes.

Il n'y a pas trace d'hémorrhagie dans son voisinage. La plaie du fond est absolument réunie; il n'y a nulle part de solution de continuité. La cavité utérine est normale.

La plaie de la paroi abdominale est réunie partout.

Tous les viscères, cœur, poumons, foie, rate, cerveau, sont sains.

Le fœtus retiré était du sexe mâle, normalement conformé. Sa mort devait remonter au moment même de l'accident; il avait 38 centimètres de longuenr; il n'était pas viable.

Voilà, Messieurs, les principaux détails que je tenais à vous donner.

Pouvons-nous tirer quelques renseignements du fait que je viens de vous rapporter ?

Les traumatismes peuvent atteindre la matrice dans deux conditions bien différentes : ou bien elle est à l'état de vacuité, ou bien la femme est enceinte. Les plaies de l'utérus vide sont excessivement rares, et c'est à peine si l'on peut en trouver quelques observations. Au contraire, l'on connaît un certain nombre de faits de plaies de la matrice à l'état de grossesse. Alors son volume, sa position hors de l'excavation du bassin, sa situation, pour ainsi dire abdominale et la saillie produite par son développement, l'exposent beaucoup plus à l'action des causes vulnérantes.

Bien entendu nous n'avons en vue ici que celles qui agissent accidentellement à travers les parois abdominales, et nullement celles qui, dans un but criminel ou autre, atteignent la matrice à travers le vagin.

Tout récemment, le Dr Guelliot (de Reims) nous montrait, par une belle observation lue à la Société de Chirurgie (*Bulletins et mémoires*, t. XII, p. 337, 1886) que la matrice à l'état gravide peut encore être atteinte par l'échancrure ischiatique, lorsque l'instrument vulnérant est suffisamment long et pénètre profondément. Dans ce cas, peut-être unique, une femme enceinte de huit mois reçoit de son mari un coup d'un long couteau de charcutier dans la fesse gauche; douze heures après, elle commence à ressentir des douleurs et accouche une heure après d'un enfant mort, qui portait, au niveau du pariétal gauche et près de la suture médiane, une incision nette, intéressant toutes les parties molles jusqu'à l'os qui est même rayé. La sage-femme a constaté cette plaie au moment même de l'accouchement; elle était le témoignage indiscutable de la pénétration du couteau dans la cavité utérine. La femme guérit sans aucune complication, et en présentant pendant quelque temps des troubles trophiques dus à une blessure simultanée et de peu d'étendue du sciatique gauche.

Outre les plaies produites par les instruments piquants et tran-

chants, la matrice est exposée aux plaies contuses comme celles qui sont produites par des coups de corne, par la chute sur un pieu et aux plaies par armes à feu. J'ai trouvé de ces dernières une observation intéressante de Hays (*New Orleans med. and surgical journal*, octobre 1879). Une négresse, enceinte de six mois, reçoit accidentellement un coup de pistolet dans le bas-ventre. Le projectile pesait 136 grains. Il s'écoula par la blessure une grande quantité de liquide amniotique, en même temps qu'elle livrait passage à de l'épiploon. Celui-ci fut réduit; on appliqua un pansement; on donna de la morphine. Vingt-huit heures après l'accident, la femme accouchait d'un fœtus qui avait été lui-même atteint par la balle au niveau de l'omoplate. La mère guérit.

Les plaies par coup de corne d'animal ne sont pas très rares, et récemment Scott en rapportait un fait : l'enfant et le placenta furent retirés par l'ouverture abdominale; la mère succomba, mais l'enfant vécut (*Méd. Age, Détroit*, t. III, p. 341, 1885).

Lechaptois, cité par Deneux, rapporte aussi qu'une femme eût le bas-ventre et l'utérus déchirés transversalement par les cornes d'un taureau ; l'enfant sortit par cette large ouverture avec une grande quantité de sang ; ce ne fut qu'une heure après qu'on fit la section du cordon ombilical par lequel l'enfant tenait encore à la mère ; il vécut huit heures. Quant à la mère, elle était parfaitement guérie au bout de six semaines.

Nous n'insisterons pas longuement sur le siège, sur les lésions concomitantes, pour ne nous arrêter que sur un seul point qui me semble capital : l'état de l'intestin grêle. Celui-ci peut être intact et ne faire aucune issue ; il peut être lésé, tout en restant dans le ventre ; il peut sortir au dehors, comme dans notre cas, en même temps qu'une partie fœtale, sans présenter lui-même aucune plaie. C'est ce qui arrive assez fréquemment lorsque la grossesse est avancée et la solution de continuité de la paroi abdominale assez large. La matrice, augmentée de volume et remplissant toute la partie inférieure du ventre, a refoulé en haut et en arrière les anses intestinales qui sont, par cela même, à l'abri du traumatisme. Ce n'est que consécutivement à l'évacuation de la matrice que l'intestin peut faire hernie à travers la solution de continuité de la paroi.

Lorsque la grossesse est moins avancée, que l'utérus ne s'élève pas encore dans la cavité de l'abdomen, le traumatisme peut intéresser en même temps la matrice et les autres viscères pelviens ou abdominaux ; c'est encore le cas lorsqu'il est dû à un instrument long et acéré, comme dans le fait que nous rapporte Czazewski (*Journal de méd.*, *Malgaigne*, 1841), que je demande la liberté de vous citer tout au long, à cause de l'intérêt qui s'y rat-

tache. Une femme, enceinte de cinq mois et demi environ, en courant avec une fourche à la main, tomba si malheureusement qu'une des dents de l'instrument lui entra dans le ventre immédiatement audessus du pubis; la blessée se sentit aussitôt mouillée par un liquide chaud, ressemblant à de l'urine. La plaie fut lavée immédiatement avec de l'eau-de-vie de lavande, puis recouverte d'un pansement. Czazewski la vit deux jours après, fit le diagnostic de plaie de l'utérus, avec issue des eaux de l'amnios, et constata que la femme était en travail; l'enfant fut facilement extrait par le vagin; on enleva le placenta: le fœtus était mort et portait, au niveau de l'omoplate, une plaie produite par la dent de la fourche. L'examen de l'abdomen lui montra une plaie de 32 millimètres de longueur sur 8 millimètres de largeur, sans issue d'intestin.

Pendant quelque temps, il y eut des signes de péritonite; puis, quelque temps après, un abcès se forma au niveau de la plaie cicatrisée, s'ouvrit et laissa échapper du pus contenant des pépins de raisins.

Il y avait donc eu une perforation de l'intestin, mais la péritonite circonscrite avait enkysté les matières qui avaient fait issue et protégé le péritoine contre l'inflammation généralisée; la fistule était fermée au bout de quatre mois et la blessée guérit parfaitement.

Ainsi, la plaie utérine peut être simple ou compliquée d'une blessure des viscères abdominaux, et malgré cela elle peut guérir, comme nous venons de le voir.

Pour en finir avec l'anatomie pathologique, l'utérus peut être perforé ou rompu par un corps vulnérant sans qu'il y ait plaie de la paroi abdominale; tel le fait cité par Baer (*American journal of obstetrics;* suppl., août 1882).

Une femme enceinte de neuf mois, tomba sur un dossier de chaise. L'accouchement ne se fit pas et trois mois après réapparurent les menstrues. On sentait à travers l'abdomen une masse comme un kyste renfermant des os mobiles, et un écoulement jaunâtre se faisait par le vagin. Il n'était pas douteux qu'à travers une plaie de l'utérus, sans lésion de la paroi, le kyste fœtal s'était fait jour dans l'abdomen; le fœtus s'était décomposé. Il fut d'ailleurs extrait par le vagin, en plusieurs séances. La blessée guérit.

Enfin, la plaie utérine peut être incomplète, ne pas traverser toute la paroi de la matrice comme dans ce cas rapporté par notre collègue, le D[r] Gueniot (*Bull., Soc. chirurgie*, p. 491, 1876), la femme accoucha prématurément d'un enfant de huit mois.

Nous n'insisterons pas longuement sur les signes et le diagnostic des plaies de l'utérus gravide; presque impossible à diagnosti-

quer lorsqu'elles sont peu étendues ou incomplètes, elles se reconnaissent au contraire facilement lorsque, comme dans le fait que nous avons observé, on constate l'issue d'une partie fœtale à travers la plaie abdominale ; un renseignement important, au point de vue du diagnostic immédiat sera fourni par l'écoulement d'une grande quantité de liquide analogue à de l'urine, les eaux de l'amnios ; il prendra d'autant plus de valeur qu'il sera avéré que la vessie n'a pas été blessée. Le diagnostic n'a pu, dans certaines observations, être posé qu'à posteriori, la femme accouchant prématurément d'un enfant portant une plaie produite par le corps vulnérant qui a frappé la matrice.

Quoi qu'il en soit, la gravité des plaies de l'utérus gravide est incontestable; presque toujours, quand l'enfant était viable, celui-ci était mort lors de l'accouchement prématuré ou de l'intervention chirurgicale ; quant à la mère, les complications qui l'ont emportée sont presque toujours de nature inflammatoire et septique, lorsque la mort n'a pas été immédiatement causée par l'hémorrhagie. Néanmoins, dans un certain nombre de cas, la terminaison a été favorable, la guérison est survenue, surtout dans les piqûres où les plaies de petites dimensions ; toutes les fois que la solution de continuité a été étendue, la mort a presque toujours terminé l'observation. Dans les très rares cas où la femme a guéri, il n'est pas donné de détails sur l'issue ou non de l'intestin, sur le temps qui s'est écoulé depuis le moment de la blessure jusqu'à celui de l'intervention chirurgicale. Eh bien ! ce sont là des facteurs de la plus haute importance au point de vue du pronostic et dans notre observation, où il y avait près d'un mètre d'intestins sur le ventre recouvert seulement par la chemise de la malade, où, la plaie du péritoine et l'intestin grêle étaient restés exposés pendant sept heures consécutives, il se présentait comme très assombri.

Quelle conduite devons-nous tenir dans les cas de plaies utérines pendant la grossesse ? Nous abordons la question en somme la plus importante, celle du traitement. Le diagnostic étant certain, deux éventualités peuvent se présenter : ou bien la plaie est étroite et ne donne issue à aucune partie fœtale — il n'y a pas un accident immédiat qui nécessite d'urgence une intervention ; ou bien la plaie est large et a livré passage à une portion du fœtus qui peut même, comme dans notre observation, saillir à travers la plaie abdominale; en même temps sortent ou non l'intestin et l'épiploon.

En face de la première éventualité qui est de beaucoup la plus favorable, le traitement consistera dans l'occlusion antiseptique de la plaie abdominale, le plus rapidement possible; on saura que l'accouchement prématuré est presque toujours la suite de l'acci-

dent et que la péritonite est la complication consécutive la plus redoutable, qu'il faudra prévenir et combattre si elle a éclaté.

Nous n'insisterons pas davantage pour passer aux cas de la seconde catégorie, ou, comme dans notre fait, la plaie utérine est étendue et a livré passage ou non à une partie du fœtus, où la plaie abdominale est large et a pu donner issue à l'intestin et à l'épiploon. Les indications devront, comme dans le cas précédent, viser la plaie pénétrante du péritoine, et de plus la plaie utérine qui ne pourra plus être abandonnée à elle-même. Avant tout, si l'intestin et l'épiploon sont dehors, on se conduira à leur égard comme d'ordinaire ; après les avoir débarrassés de tout corps étranger, avoir vérifié s'il n'y a pas de plaie intestinale, on les lavera avec une solution antiseptique tiède, on les enveloppera dans des compresses imbibées de la même solution jusqu'au moment où l'on pourra faire la réduction qui doit être faite le plus tôt possible. Pour l'épiploon il sera préférable de réséquer tout ce qui aura fait hernie après ligature avec des fils résorbables. Cela fait, on passera au traitement de la plaie de l'utérus ; la plaie abdominale n'est pas assez large pour permettre une exploration minutieuse et les manœuvres consécutives, il faudra l'agrandir. Peut-on songer à refermer l'utérus, après avoir réduit les parties qui en sont sorties ? Nous ne le croyons pas. La seule conduite rationnelle, à ce qu'il nous semble, est de compléter l'opération césarienne, d'extraire l'enfant et le placenta par la plaie utérine agrandie elle-même s'il est nécessaire, puis de refermer la matrice par la suture.

C'est déjà la conduite qui avait été tenue dans un cas de Fritze. Fût-on, comme dans le nôtre, obligé d'agrandir la plaie utérine pour retirer le fœtus ? On fit la gastrorraphie et la femme put vaquer aux soins de son ménage dès la neuvième semaine. Elle redevint enceinte au bout de six mois et accoucha à terme et naturellement ; mais six heures après, elle succomba à une hémorrahgie interne. L'autopsie permit de constater que la cicatrice de l'utérus était ferme et intacte (*Journal de Médecine*, p. 354 ; 1786, t. LXVI). Actuellement que l'opération césarienne, grâce au perfectionnement de la suture de l'utérus, semble reprendre l'avantage sur l'opération de Porro, grâce aux travaux de Sanger et de Ketizer (*Archiv. f. gynæcologie,* 1882), l'extraction, par l'abdomen, d'un enfant qui peut être vivant, lorsque la grossesse est suffisamment avancée et que le chirurgien est intervenu rapidement, puis la suture de l'utérus, nous semblent encore plus indiqués.

La suture de Sanger consiste dans la pose d'un double plan de fils (fils d'argent ou fils de soie), l'un profond réunissant le muscle utérin, l'autre superficiel placé sur la séreuse qu'on renverse en dedans comme un ourlet, après avoir réséqué, si besoin est, une

tranche musculaire de chaque côté. Si dans notre fait nous n'avons pas procédé à cette suture, c'est que le temps pressait et que nous avons constaté dès l'application des premiers fils que les surfaces s'affrontaient largement et parfaitement, muscle contre muscle, séreuse contre séreuse. D'ailleurs l'autopsie a prouvé que la réunion utérine était parfaite et ce n'est pas de là certainement qu'est partie l'infection qui a déterminé la péritonite à laquelle a succombé notre blessée.

Néanmoins nous n'hésitons pas à préconiser le mode de suture de Sanger, qui nous paraît réunir plus de garanties. Avant la réunion l'on aura soin de toucher toute la cavité utérine avec une éponge imbibée de la solution phéniquée forte.

Une fois l'utérus suturé, l'on passera à la toilette du péritoine qui, généralement, contiendra du sang et du liquide amniotique. On le débarassera surtout au niveau des points déclives des caillots, et ce qu'il y aura de mieux sera de pratiquer, comme nous l'avons fait, avec de l'eau bouillie et filtrée, le lavage de la cavité jusqu'à ce que le liquide ressorte clair. Il ne restera plus alors, après s'être assuré une dernière fois que rien ne saigne plus, qu'à refermer la plaie abdominale nettoyée et désinfectée, comme on le fait après une ovariotomie. Le vagin sera tenu aseptique, le pansement sera celui des opérations graves d'ovariotomie ou d'hystérectomie. Nous avons, dans notre fait, employé la glace en permanence par-dessus un pansement à l'iodoforme, parce que nous avons vu cette manière de faire parfaitement réussir entre les mains de notre maître L. Labbé.

Nous n'avons pas la prétention d'avoir tout dit sur le sujet si intéressant qui nous occupe; il pourra se présenter tel cas qui ne rentrera qu'incomplètement dans le cadre que nous avons tracé : au chirurgien à approprier sa conduite à chacun des cas particuliers. Son intervention sera de toutes façons, et les observations que nous avons pu recueillir, nous le montrent clairement, sera disons-nous d'autant plus efficace qu'elle sera plus précoce et que la plaie utérine ne sera pas compliquée de l'issue des viscères (intestin et épiploon).

Pour nous, nous sommes convaincu que le mauvais facteur, dans notre fait, a été la durée du séjour des intestins à l'air en contact avec les vêtements, et l'infection de la plaie et du péritoine par un instrument malpropre (couteau de cuisine). Il est certain, que si nous avions pu intervenir aussitôt, ou peu de temps après la blessure, nous eussions eu beaucoup plus de chances de succès. Ce qui le montre bien, c'est que la péritonite a été surtout intense au niveau de la paroi abdominale et des anses qui étaient restées herniées pendant huit heures avant leur réduction définitive dans

le ventre. Malheureusement le chirurgien n'est pas maître des circonstances, mais il devra retenir que toutes les fois que l'intestin a séjourné pendant quelques heures au dehors, surtout lorsqu'à côté de cela existe encore une lésion utérine, avec un état général grave comme l'état principal, le pronostic sera de beaucoup assombri. Malgré l'autopsie, malgré tous nos soins, il y aura toujours des cas où, par suite de conditions malheureuses dont nous ne pouvons être responsables, la terminaison sera fatale.

Discussion.

M. BERGER. M. Schwartz nous a signalé plusieurs variétés de plaies utérines ; mais il faut remarquer que quelquefois elles sont produites d'une façon assez étrange.

Ainsi, M. Guélliot, de Reims, nous a signalé un cas dans lequel, l'instrument vulnérant ayant pénétré par la fesse dans l'échancrure sciatique, vint perforer l'utérus au niveau de son segment inférieur et dans de sa partie intra-péritonéale.

Pour ce qui est de la suture, je dirai que dans une opération pratiquée par M. Bar et à laquelle j'assistais, j'ai remarqué qu'il n'était pas nécessaire de réséquer une partie de la tunique musculeuse, pour pouvoir affronter les bords de la plaie et obtenir une réunion parfaite. Les lèvres se retournaient d'elles-mêmes du côté de la cavité utérine.

M. GUÉNIOT. Pour obtenir un succès dans ce genre d'intervention, il est utile d'opérer dans le plus bref délai possible. Ici il a fallu attendre sept heures, ce qui constitue un mauvais pronostic.

A propos de la suture, je ferai remarquer que, dans ce cas, la plaie était transversale et produite sur le fond de l'utérus. Or, cette disposition a eu, d'après moi, une grande influence sur la facilité avec laquelle la réunion a été obtenue.

Dans les plaies longitudinales, le rapprochement des bords est beaucoup plus difficile. Il en est ainsi dans les opérations césariennes ordinaires dans lesquelles la plaie est longitudinale. Dans ce cas, la plaie a l'apparence d'un melon auquel on a enlevé une tranche.

Les contractions des couches profondes tendent à rapprocher les bords de la plaie, mais celles des couches superficielles ont une tendance opposée, ce qui fait que les sutures ont pour inconvénient de couper les tissus.

Aussi, est-ce à cause de cette disposition que Sanger a proposé d'enlever une partie du tissu utérin superficiel, afin que le péritoine, libéré et flottant, puisse être adossé facilement d'un côté à l'autre.

Mais cette résection du tissu est un temps difficile, délicat, et exposerait à une hémorrhagie abondante. Enfin il augmente la durée de l'opération, ce qui est grave pour ce cas, dans lequel il faut se hâter.

Aussi, je crois qu'il serait souvent préférable, dans l'opération césarienne, d'ouvrir l'utérus dans son segment supérieur et transversalement, ainsi que cela est arrivé accidentellement dans le fait de M. Schwartz.

Il est vrai que ce siège n'a jamais été choisi, parce qu'on a plus de chance de tomber à ce niveau sur le placenta et d'avoir ainsi une hémorrhagie grave.

Cependant il sera bon d'y réfléchir et d'agir de la façon que j'indique quand on pourra préjuger de la position du placenta.

Un des dangers de cette opération est la septicémie par rétention des liquides, aussi je serais d'avis de faire passer un drain par le col utérin, afin de permettre leur écoulement facile. On pourrait ainsi pratiquer facilement des lavages intra-utérins qui entraîneraient les débris du placenta lequel tend à se putréfier.

M. Marchand. En 1883, j'ai pratiqué à l'hôpital Cochin une opération césarienne, j'ai essayé d'adosser les deux surfaces péritonéales et de l'utérus, mais cela a été extrêmement difficile.

La malade, après quelques jours, mourut de péritonite. Or je trouvai que sur cinq sutures, deux n'avaient pas tenu et avaient déchiré les tissus.

Aussi je me demande si dans un cas analogue à celui de M. Schwartz, je ne ferais pas d'emblée l'ablation totale de l'utérus ou opération de Porro.

J'éviterais ainsi les chances de septicémie par putréfaction du placenta et de la surface muqueuse de l'utérus.

M. Guéniot. Faudrait-il attendre pour cela que les phénomènes septiques aient apparu, et l'opération serait-elle destinée à les arrêter ?

M. Marchand. Je ferais l'opération de Porro d'emblée, pour prévenir tout accident de septicémie.

M. Terrier. Les procédés proposés pour suturer les bords d'une plaie utérine sont nombreux : nous connaissons la suture de Larcher avec ou non résection du tissu utérin, la suture à points séparés, etc. Mais on oublie de dire que ces sutures sont très difficiles à exécuter. Aussi je préférerais, en pareil cas, la suture à points séparés en prenant une grande épaisseur du tissu utérin, afin que le fil à ligature coupe moins facilement. Il faut avoir soin de ne pas pénétrer dans la muqueuse et de ne pas la perforer, mais on la

rase de près en restant toujours dans l'épaisseur de la musculeuse. Ainsi disposée, la suture affronte parfaitement les bords de la plaie. Mais, pour cela, il faut que l'utérus soit vide.

Quand l'utérus est rempli, cette suture devient très difficile ; on a proposé alors de suturer isolément la musculeuse et le péritoine : ce qui me semble absolument inutile, car une suture à points séparés et unique, agglutine suffisamment les parties. Enfin, la suture à points séparés est recommandable à cause de sa rapidité.

M. Scharwtz. Je n'ai pas discuté l'opportunité de l'opération de Porro, dans le cas dont j'ai parlé, car il n'y avait aucune menace de septicémie. Or, l'opération césarienne se place avant l'opération de Porro, au moins en l'envisageant au point de vue des indications immédiates.

M. Marchand. Pour montrer à M. Terrier que la suture des parois utérines est difficile et toujours embarrassante, je lui rappellerai qu'on a inventé une foule de procédés, qui n'ont encore satisfait aucun opérateur.

M. Terrier. Il en est de même pour la suture de la paroi abdominale. La seule vraie et bonne est la suture à points séparés comprenant tous les tissus ; les autres plus compliquées sont inutiles.

Communication.

M. Nimier lit une observation d'*amputation partielle du pied.*

Ce travail est renvoyé à une commission (M. Chauvel, rapporteur).

Présentation d'instrument.

Ceinture avec large pelote pour les malades opérés de cure radicale de hernie,

Par le Dr Lucas-Championnière.

J'ai l'honneur de vous présenter un appareil sur lequel vous me permettrez d'attirer votre attention, parce qu'on n'a pas encore, je crois, agi sérieusement dans le sens où il permet d'agir.

Après avoir fait la cure radicale, la plupart des opérateurs se sont contentés de dire à leur sujet qu'il faudrait par la suite continuer à porter un bandage herniaire, sans déterminer beaucoup la forme ou l'action nécessaire de ce bandage.

D'autres chirurgiens leur ont recommandé de ne pas en porter du tout. L'un de ceux qui, selon moi, conseillent la meilleure opération, M. Socin, de Bâle, a repoussé toute espèce de bandage. Le bandage herniaire ordinaire, en effet, comprime la cicatrice quand l'opération a été bien faite : il court donc risque de l'atrophier au lieu de lui permettre de prendre de la force avec le temps.

Lors de mes premières opérations, j'avais fait construire, par M. Rainal, un bandage avec pelote très large, *dépassant la partie supérieure de la cicatrice*. Par cet artifice, la cicatrice était en partie protégée contre les chocs venant d'en haut.

Mais ce bandage avait l'inconvénient de comprimer la cicatrice tout du long. En outre, il m'a paru possible de débarrasser le malade du bandage à ressort, que je remplacerais par une simple ceinture.

Or, voici le bandage construit par M. Rainal. C'est une ceinture, sans ressort, avec sous-cuisse, pour empêcher la pelote de se déplacer.

La pelote est une grosse pelote triangulaire, finie par deux petits ressorts d'acier qui rendent la pression très douce.

La pelote, au lieu d'être placée sur le canal inguinal, est placée au-dessus, soit au-dessus de la cicatrice. Comme le poing que l'on appliquerait sur la paroi abdominale pour refouler les viscères, elle reçoit l'effort, l'expulsion des intestins.

Ce que la théorie me faisait supposer, la pratique me l'a confirmé. Sur les cinquante-sept malades que j'ai opérés aujourd'hui, une trentaine environ portent ceinture en pelote. Elle est beaucoup plus facile à supporter que le bandage, et elle paraît parfaitement suffisante pour les cas les plus communs. Elle fait glisser les viscères sur un point résistant qui n'est pas la cicatrice.

Aussi, aujourd'hui, je n'emploie plus le bandage vrai que j'avais primitivement conseillé que dans les cas d'orifices énormes, de parois très défectueuses, de glissement du gros intestin, en un mot dans les cas extrêmes qui exposeraient à la récidive rapide si on n'aidait puissamment la cicatrice.

Nomination de commissions.

M. le Secrétaire général indique le nom des commissaires nommés pour les différents prix.

Prix Laborie (17 votants).

MM. Lannelongue, Horteloup, Chauvel, Bouilly, Quénu.

Prix Gerdy (19 votants).

MM. Trélat, Tillaux, Périer, Lucas-Championnière, Pozzi.

Prix Duval (23 votants).

MM. Marjolin, de Saint-Germain, Berger, Richelot, Segond.

Prix Demarquay (21 votants).

MM. Verneuil, Polaillon, Delens, Monod, Reclus.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,
Terrillon.

Séance du 9 novembre 1887.

Présidence de M. Lannelongue.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. Nepveu, demandant un congé de six mois pour raison de santé ;

3° Une lettre de M. le Dr Pradal (de Béziers), annonçant la mort de M. Cauvy, membre correspondant national ;

4° M. le Dr Bouillet (de Béziers) demande à être inscrit parmi les candidats à la place de correspondant national; il envoie à l'appui de sa candidature deux travaux : *Étude sur la gangrène des membres* et *Étiologie de l'érysipèle*, couronnés par la Société en 1884 et 1886 ;

5° M. Routier se porte candidat à la place de membre titulaire déclarée vacante ;

6° Le formulaire pharmaceutique à l'usage des hôpitaux et hos-

pices civils de Paris, publié par l'administration générale de l'Assistance publique ;

7° *Des tumeurs gazeuses ou aérocèles du cou*, mémoire pour le concours du prix Laborie (inscrit sous le n° 4) ;

8° Une thèse intitulée : *Des tumeurs du nerf optique*, par le Dr Rémy Jocqs, pour le concours du prix Duval, en 1887. Cette thèse, arrivée trop tard, est renvoyée au concours de l'an prochain (1888) ;

9° *Cancer de la prostate ; rétention d'urine ; taille hypogastrique*, par le Dr Jobard (de Vassy) (Commissaire : M. Monod) ;

10° M. le Dr de Saboia (de Rio-de-Janeiro), professeur à la Faculté de médecine, membre correspondant étranger, offre à la Société de nombreux travaux de chirurgie : *Sur les anévrysmes de l'aorte ; — Fractures et luxations des vertèbres ; — Pseudarthroses consécutives aux fractures des membres ; — Les plaies accidentelles et chirurgicales ;* — les fascicules parus de la *Revue des cours théoriques et pratiques* de la Faculté dont il est le doyen.

Rapport.

Sur une observation de M. le Dr Le Bec, intitulée : *Hernie congénitale étranglée; ectopie testiculaire ; cure radicale avec castration.*

Rapport par L.-G. Richelot.

M. le Dr Le Bec nous a présenté une intéressante observation de hernie congénitale, que je résumerai d'abord en quelques mots.

Il s'agit d'un homme de 25 ans, qui entra le 7 janvier 1886 à l'hôpital Saint-Joseph, avec des symptômes d'étranglement. Il était monorchide ; son testicule droit n'était pas visible. M. Le Bec, ayant reconnu l'existence d'une hernie étranglée de ce côté, pratiqua la kélotomie ; le sac fut mis à nu et ouvert à sa partie inférieure. Au niveau de l'anneau inguinal externe se trouvait un testicule petit, mou, atrophié ; plus haut, l'anse intestinale étranglée. Le collet qui serrait l'intestin fut débridé, et la réduction se fit aisément ; l'opérateur vit alors, au-dessus du collet, un canal de quatre centimètres, communiquant avec l'abdomen, et représentant la partie supérieure du conduit vagino-péritonéal.

J'attire votre attention sur une disposition intéressante, comme vous le verrez plus loin. Le cordon paraissait contenu dans le conduit

vagino-péritonéal; il était relié à sa paroi « par une sorte de mésentère ».

M. Le Bec fit la ligature du cordon, celle du sac au niveau du collet, et enleva la séreuse avec le testicule. Le développement incomplet de la glande séminale lui parut autoriser pleinement la castration, qui avait d'ailleurs l'avantage de simplifier beaucoup le manuel opératoire. Après la formation d'un abcès, le malade guérit parfaitement.

Messieurs, j'estime que dans ce cas particulier le testicule, étant caché au pli de l'aine et inconnu du malade, ne valait rien au point de vue moral, pas plus qu'il n'existait physiologiquement. Par suite, M. Le Bec n'avait aucune raison pour le ménager, et j'approuve de tous points sa conduite. Mais bien souvent nous pouvons et nous devons agir d'une tout autre manière; permettez-moi d'entrer, à cet égard, dans quelques développements, et de saisir l'occasion qui m'est offerte, pour vous exposer, sur une question neuve et intéressante, mes idées personnelles.

Avant d'aller plus loin, nous adresserons, si vous le voulez bien, des remerciements à M. Le Bec, et nous déposerons dans nos archives le travail qu'il nous a adressé à l'appui de sa candidature à venir.

Un mot sur la cure des hernies en général me servira de préambule. Vous savez que, parmi les temps dont se compose l'opération, il en est un sur lequel on n'est pas d'accord : c'est la *résection du sac*. Nul doute qu'elle soit indiquée dans les hernies crurales et ombilicales ; dans ces deux espèces, le sac adhère faiblement aux parties voisines et se laisse décoller sans effort ; la dissection est toute faite et l'ablation facile, on est d'accord pour la pratiquer. Mais dans les hernies inguinales ? Dans les vieilles surtout, le sac paraît dur, épaissi ; les éléments du cordon dissociés lui adhèrent étroitement ; si on s'obstine à les disséquer, l'opération est longue, pénible, on risque de blesser les vaisseaux spermatiques ou le canal déférent. Et pour quel bénéfice, demandent quelques-uns? Ne pouvez-vous simplement isoler le sac au niveau du collet, en faire la ligature et fermer le péritoine? La présence d'une séreuse déshabitée n'empêchera pas la plaie de guérir. Et ainsi plusieurs de nos collègues se dispensent de la résection du sac, dans la cure des hernies inguinales. Ils se privent, selon moi, des principaux avantages de l'opération : suppression totale du conduit séreux et conformation parfaite de la cicatrice de soutien qui doit résister à l'impulsion des viscères ; ils s'exposent volontairement à la récidive. Si j'étudiais en détail la cure radicale des hernies, j'essayerais de vous démontrer l'importance de la résection du sac ; en ce moment, je me contenterai d'établir — en mettant à part certains cas

exceptionnels de fusion intime du sac et de la paroi intestinale — qu'elle est toujours possible.

Depuis sept ans, j'ai fait constamment la cure radicale des *hernies étranglées.* Dans les premiers temps, je ne m'inquiétais pas de suturer les parties profondes et de former la cicatrice de soutien, aussi la récidive a-t-elle dû survenir chez plusieurs de mes opérés ; mais toujours la kélotomie était suivie de la résection du sac au-dessous d'une ligature. J'ai traité ainsi bon nombre de hernies inguinales, grandes ou petites, anciennes ou récentes, et jamais l'extirpation de la séreuse ne m'a offert de graves difficultés.

J'ai pratiqué dix fois la cure des *hernies inguinales sans étranglement,* — je laisse de côté, en ce moment, les hernies congénitales — ; j'ai toujours fait la résection du sac. Et cependant, les hernies de cette catégorie sont d'ordinaire anciennes et volumineuses ; leur enveloppe est coriace, les éléments du cordon y semblent incorporés, la dissection est réellement minutieuse et demande une certaine habileté. Mais on exagère beaucoup ces difficultés, parce qu'on méconnaît la véritable disposition anatomique de la séreuse. Il y a beau temps qu'A. Cooper a signalé, autour du péritoine, le développement d'un sac extérieur aux dépens des tissus fibreux. On admet néanmoins, sans l'avoir constaté, que la séreuse elle-même peut s'altérer, s'épaissir ; mais il n'en est rien : le sac péritonéal n'est jamais épaissi, et jamais il n'adhère intimement aux vaisseaux. Il faut le dire et le répéter, parce que j'ai vu s'y tromper les meilleurs opérateurs, et je m'y suis trompé moi-même. La membrane dure qui enveloppe les viscères est constituée — M. Nicaise en a fait la remarque [1] — par la tunique fibro-celluleuse et par le tissu conjonctif du cordon ; le canal déférent et les vaisseaux rampent dans cette couche fibreuse, que les doigts peuvent saisir au plus près du péritoine et décoller sans grand effort ; le vrai sac est toujours une membrane mince, et la couche fibreuse emporte avec elle les éléments du cordon, si bien enveloppés, qu'on peut souvent achever l'opération sans voir ni sentir le canal déférent et sans ouvrir une veinule. Il suffit, pour réussir, de faire nettement la séparation du vrai sac et des couches fibro-vasculaires ; toujours la séreuse est plus mince qu'on ne le suppose, et jamais on ne la serre d'assez près ; travail minutieux plutôt que difficile, qui se fait avec les doigts et la pince à disséquer.

Ces préliminaires me suffisent pour aborder la cure des *hernies*

[1] Nicaise, Cure radicale de la hernie inguinale. Rapports du sac herniaire avec la tunique fibreuse des bourses (*Revue de chirurgie*, juillet 1886).

inguinales congénitales. Le hasard m'a permis d'observer un certain nombre de ces faits, et d'adopter une ligne de conduite que je viens soumettre à votre jugement.

Voici comment la question doit être posée : le conduit vagino-péritonéal, qui sert de sac aux hernies dites congénitales, peut toujours être séparé des éléments du cordon, comme un sac inguinal ordinaire, et disséqué jusque dans la profondeur du trajet. On peut clore la vaginale autour du testicule, et respecter cet organe.

Tous les chirurgiens ont vu des hernies congénitales, mais aucune n'en a tiré cette conclusion ferme. On trouve dans les auteurs quelques phrases incidentes, quelques passages plus ou moins développés dont je ne vous ferai pas l'énumération. J'ai prié un de mes élèves, M. Winocouroff, de réunir ces documents épars dans une thèse qui doit paraître à la fin de cette année.

En résumé, presque tous les auteurs sont d'accord pour trouver impossible ou dangereuse la résection du canal séreux. Quelques-uns laissent tout en place et drainent le collet ; c'est renoncer à la cure radicale. D'autres ferment la séreuse ou la rétrécissent en un point, mais dissèquent le moins possible et s'exposent à la récidive. Ceux-ci obturent la vaginale quand ce n'est pas trop difficile, et suturent les piliers avec le collet du sac ; ceux-là, voulant faire une opération complète et ne sachant pas la faire délicate, préconisent la castration. Çà et là, on découvre une observation qui se rapproche des miennes (Buchanan), et qui trouve chez les critiques une espèce d'incrédulité (P. Segond), ou bien quelques phrases démontrant qu'un auteur a plus ou moins disséqué le canal séreux et jugé bon d'épargner la glande séminale (Sonnenburg). Enfin, je n'ai ni la prétention ni le désir d'en remontrer sur ce point à quelques-uns de mes collègues de la Société de chirurgie; mais les faits qu'ils ont observés et la part de démonstration qu'ils pourraient nous apporter, sont restés jusqu'ici dans leurs notes personnelles.

Voilà ce que nous donne la littérature médicale. Voyons maintenant ce que les faits m'ont enseigné.

Ici, comme dans les hernies acquises, deux cas peuvent se présenter : l'intervention est imposée par un étranglement, ou bien la cure radicale est tentée de parti pris. Dans le premier cas, en présence des difficultés créées par la persistance du conduit vagino-péritonéal, le chirurgien pourrait s'arrêter et se trouver satisfait d'avoir levé l'étranglement. Je dirais alors que, l'incision faite et la hernie dans nos mains, il est désolant de ne pas profiter de l'occasion pour achever la cure et assurer l'avenir. Dans la seconde hypothèse, il faut bien aller jusqu'au bout, puisque c'est le but même de l'opération ; qu'on ait méconnu ou diagnostiqué la dis-

position congénitale, il faut que la chirurgie s'en tire à son honneur.

Or, les difficultés peuvent être en apparence insurmontables. Dans toute sa longueur, le cordon est adossé au conduit vagino-péritonéal et plus ou moins saillant dans sa cavité ; on ne sait où prendre la séreuse pour la décoller ; elle est inséparable du testicule, et paraît l'être aussi du paquet vasculaire. Comment isoler un sac et le poursuivre jusque dans la profondeur du trajet inguinal ? Et voilà pourquoi les auteurs qui ne se contentent pas d'une suture au niveau du collet et d'une cure dérisoire nous disent de n'attaquer la hernie congénitale que si nous sommes prêts à tout enlever, le sacrifice de la glande séminale étant le plus souvent nécessaire pour mener à bien l'opération. Le testicule, même s'il est bien placé, ne mérite pas tant d'égards ; l'intérêt de sa conservation n'est pas à mettre en balance avec la gêne et les douleurs qui ont motivé l'intervention, et les malades nous remercieront de les en avoir privés ; s'il est en ectopie, sa valeur sexuelle est nulle, et il y a tout avantage à supprimer du même coup testicule, cordon et séreuse.

Je souscris, pour certain cas, à cette manière de voir. Un homme âgé n'a que faire de son testicule ; un adulte même en fera souvent bon marché pour être délivré de ses douleurs, ou si on lui dit que l'organe ne vaut rien. Mais d'autres pourront s'en plaindre, à tort ou à raison ; et chez plusieurs, la conservation de la glande peut avoir une réelle importance. Je veux parler des jeunes sujets, auxquels se rapportent la plupart de mes observations. A 30 ans, à 25 ans, mais plus encore pendant l'adolescence (cinq de mes opérés, sur huit, ont de 15 à 17 ans), la privation d'une glande séminale est un sujet d'humiliation et d'inquiétude pour l'avenir. Le danger est vrai ; l'influence morale est très vive. Je vais plus loin : le testicule d'un jeune garçon, même en ectopie, doit être conservé, s'il est fixé vers l'anneau inguinal externe ou assez mobile pour y descendre. Et cela pour deux raisons : puisqu'il n'est pas caché dans l'abdomen ou dans la profondeur du trajet, il est tangible, il existe, il a une valeur morale, sinon physiologique. Et puis, nous sommes dans la période de développement ; qui sait si, délivré du contact de l'intestin, séparé du péritoine et enveloppé d'une vaginale reconstituée, cet organe imparfait ne va pas se mieux nourrir, augmenter de volume et plus tard fonctionner ? Un de mes malades, chez qui la glande est notablement descendue dans le scrotum, me donne à cet égard un espoir que je ne veux pas renoncer à poursuivre, car ce serait là un des côtés les plus intéressants de la question.

Il est donc bien entendu qu'il n'est pas indifférent de pouvoir

faire la cure d'une hernie congénitale en épargnant le testicule. J'ai maintenant à vous démontrer que l'opération ainsi comprise est toujours possible, en exceptant, bien entendu, les cas d'ectopie où l'organe est trop haut placé pour qu'on puisse en rien faire de bon. Et je ne m'avance pas trop en disant toujours, car la disposition anatomique que j'ai rencontrée sur mes jeunes malades offre pour la dissection les plus grandes difficultés qu'on puisse concevoir.

Et d'abord, il y a des cas relativement simples. Quand la hernie congénitale est ancienne et volumineuse, le canal séreux est élargi, distendu ; ses rapports avec les éléments du cordon ne sont plus ce qu'ils étaient à l'origine ; les vaisseaux dissociés, étalés à la face postérieure du sac, dans la couche celluleuse qui le double, affectent sensiblement la même disposition que dans les hernies acquises de même âge et de même volume. La dissection n'est guère plus difficile, et doit se faire par le même procédé. On commence l'isolement du sac à deux ou trois centimètres au-dessus du testicule, on ferme la vaginale par une ligature au catgut, on sectionne au-dessus du fil et on poursuit de bas en haut l'extirpation de la séreuse. J'ai retrouvé dans mes notes une observation de ce genre, qui date d'une époque où je n'avais aucune idée sur la cure des hernies congénitales. Le 14 juin 1881, je suis appelé à l'hôpital Saint-Antoine, pour une hernie étranglée : homme de 50 ans, hernie inguinale gauche assez volumineuse, très ancienne, étranglée depuis deux jours. Kélotomie immédiate ; je trouve une vaginale communiquant largement avec le péritoine, et une anse intestinale de 20 à 30 centimètres. Après la levée de l'étranglement, j'entame la dissection du sac vers sa partie moyenne, je le sépare du cordon aplati et rampant sur sa face postérieure, je ferme la vaginale avec un fil de catgut, puis, ayant décollé le bout supérieur du canal séreux, je le résèque au-dessous d'une ligature placée vers l'anneau. Mon fil était trop bas et ma résection insuffisante, parce que je l'ai faite sans étude préalable et sans avoir un plan défini. Mon malade, qui a guéri promptement et dont j'ai perdu la trace, a pu avoir une récidive sous forme de hernie funiculaire. Il n'en est pas moins vrai que j'ai disséqué le conduit vagino-péritonéal comme j'aurais fait d'un sac ordinaire, que je n'ai rencontré aucune difficulté notable et ne me suis pas douté que je faisais là une opération réputée dangereuse ou impossible. Je pense aujourd'hui qu'on peut traiter aussi simplement la plupart des hernies congénitales déjà anciennes, et sans ectopie ; un de mes derniers faits (obs. V) en est un nouvel exemple.

Mais, dans les hernies plus jeunes, la disposition congénitale, encore peu modifiée par la présence des viscères, est tout autre.

Je vous la décrirai, avec les temps principaux de l'opération, dans les trois types cliniques où je l'ai observée.

Premier type : *Hernie péritonéo-vaginale sans ectopie.* — Un garçon de 15 ans vous montre une tumeur inguinale encore peu volumineuse, réductible, descendant jusqu'au testicule. Je laisse de côté le diagnostic différentiel : liquide, intestin, épiploon. Ouvrez la séreuse, réséquez l'épiploon ou réduisez l'intestin : le cordon apparaît alors, régulièrement cylindrique, saillant tout entier dans le conduit vagino-péritonéal, et comme attaché à sa face interne par une adhérence linéaire. Il est bien entendu que la séreuse l'enveloppe sans le contenir dans sa cavité; mais le feuillet viscéral qu'elle forme autour de lui est si complet, qu'il semble aussi difficile de l'en séparer que de sortir l'intestin du péritoine ou le poumon de la plèvre. Telle est la disposition qui défie, au premier abord, la dissection la plus attentive. Et cependant, vous allez faire, avec un peu do patience et de délicatesse, une opération bénigne, simple et heureuse dans ses suites. Placez-vous à deux centimètres au-dessus du testicule, saisissez dans une pince à pression un des bords de l'incision que vous avez faite au sac, puis, avec une pince à disséquer, prenez le tissu cellulaire au plus près de sa face externe. Vous décollez ainsi le feuillet pariétal de la séreuse; le feuillet viscéral, celui qui entoure le cordon, se décolle à son tour; vous passez doucement, à petits coups, entre lui et le paquet vasculaire; si, chemin faisant, il se déchire, vous reprenez un peu plus loin, et bientôt le cordon est libéré. Ligature au catgut, pour fermer la vaginale; section au-dessus du fil. Reste le bout supérieur du canal séreux, à séparer du cordon dans toute sa longueur; est-ce plus difficile ? Bien au contraire. En prenant ce bout supérieur avec les doigts ou avec une pince, et appuyant l'index de l'autre main sur le cordon, vous séparez l'un de l'autre par de simples tractions, et vous remontez ainsi jusqu'au fond du trajet inguinal pour y placer une ligature et couper au-dessous d'elle. La cure radicale est terminée; ou du moins, sur mes jeunes opérés, j'ai trouvé un trajet peu distendu et je n'ai pas cru nécessaire de le rétrécir par une suture perdue au catgut. Je l'ai fait, dans d'autres conditions, pour avoir une bonne cicatrice de soutien.

Deuxième type. — Le testicule est en *ectopie*, fixé vers l'anneau inguinal externe ou assez mobile pour y descendre. L'opération est naturellement plus ardue : on incise le trajet inguinal; par suite, ou ouvre la séreuse au niveau même du testicule et de la future vaginale, trop haut situés. Le canal séreux est très court; on est mal à l'aise pour séparer le cordon et fermer le péritoine. En disséquant ainsi tout près du testicule, on peut faire des

déchirures dans la portion de séreuse qui sera la vaginale; il faudra recoudre incision et déchirures avec du fin catgut; mais rien, dans cette manœuvre délicate, ne doit rebuter un opérateur.

Troisième type : *Hernie péritonéo-funiculaire.* — La vaginale est complète, mais le conduit séreux a persisté en grande partie et forme un sac tout prêt, séparé de la vaginale par une cloison. Impossible de reconnaître, avant l'opération, si la hernie est congénitale ou acquise. Mais, quand on a ouvert le sac, on le trouve conformé comme celui des hernies congénitales : il n'a pas l'indépendance du sac des hernies acquises de même âge et de même volume; son extrémité inférieure est adossée à la vaginale et lui adhère intimement; le cordon, enveloppé de son feuillet viscéral, paraît contenu dans la cavité séreuse. Ici, le testicule n'est pas en cause, et personne ne songerait à l'enlever; mais on pourrait très bien s'arrêter, trouvant la dissection trop difficile, et renoncer à la cure radicale. Or, en procédant comme je l'ai dit pour le premier type, on est sûr de réussir; on commence à peu près au même point, et on laisse dans la plaie le cul-de-sac inférieur du canal séreux, adhérent à la vaginale; si on veut l'en séparer à tout prix, on risque de blesser la séreuse testiculaire; ce qui obligerait à la fermer par quelques points de suture au catgut.

Mais on va me dire : Comment avez-vous pu constater la conformation du canal séreux et la possibilité de son extirpation, si ce n'est en opérant sans motif des individus jeunes, bien portants, dont la hernie, peu gênante et sans graves symptômes, pouvait être aussi bien contenue par un bandage ?

Entendons-nous bien : je n'ai pas posé en principe d'opérer quand même toutes les hernies des adolescents, d'allure bénigne et ne donnant aucun signe qui révèle une disposition congénitale; bien que, au fond je ne sois nullement scandalisé à l'idée de les délivrer de, cette entrave, précisément parce qu'ils sont jeunes, parce qu'ils ont toute leur carrière devant eux, et que ce mal qui les prend au début de la vie sera pour eux un tourment sans répit, une source continuelle d'ennuis et d'accidents. Si nous n'allons pas jusque-là, à quoi servent nos acquisitions, et pourquoi parler des progrès de la chirurgie ?

Mais n'allons pas jusque-là; il s'agit, en ce moment, d'une espèce particulière, la hernie congénitale. Elle est insidieuse et plus grave que toute autre; le sac, avec ses dilatations et ses points rétrécis, crée à l'intestin des périls multiples; quand l'étranglement survient, il est plus serré, plus rapidement mortel. S'il y a ectopie, le bandage peut être insupportable; il faut renoncer à toute contention, laisser la hernie se développer, devenir incoercible; il faudra, plus

tard, consoler l'infirme avec un suspensoir ou en venir à une opération plus dangereuse dans le présent et moins radicale pour l'avenir. Je dis qu'en présence de cette évolution que nous connaissons tous, il suffit de constater chez l'adolescent la disposition congénitale qui en est l'origine, pour intervenir immédiatement. L'indication est formelle, parce qu'il est important de ne pas garder une affection menaçante sous des apparences de bénignité; parce que l'opération peut se faire, je vous l'ai démontré, sans mutilation, véritable *restitutio ad integrum;* parce que l'âge des sujets, le peu d'altération des tissus, leur développement ultérieur après la restauration des parties, donnent ici, mieux que jamais, l'assurance d'une guérison définitive; parce que, dût la hernie se reproduire, elle serait alors plus simple et moins dangereuse; par ce que, enfin, l'opération est franchement bénigne. J'insiste sur le dernier point, car tous les vieux clichés mettent en balance la maladie, « qui peut-être n'amènera pas d'accidents », avec l'opération « qui comporte certains dangers ». Sans doute, il faut peser toutes les chances; mais, en vérité, les chirurgiens sont devenus aujourd'hui assez sûrs d'eux-mêmes pour n'être plus admis à se laver les mains des malheurs qu'ils laissent arriver par leur abstention. Il peut être bon que tout jeune docteur frais émoulu n'aborde pas, sans conseils et sans guide, les opérations délicates; mais il faut bien accorder à d'autres le droit de considérer comme élémentaires les précautions qui permettent de ne pas inoculer le péritoine dans une kélotomie simple, et de panser un scrotum sans l'exposer à la gangrène foudroyante. Notez que, dans les cas dont je parle, il n'y a pas d'éventration, pas de large communication avec l'abdomen, pas de masse intestinale à malaxer longtemps pour la réduire; c'est une simple dissection à faire proprement dans le tissu cellulaire des bourses. Et voilà les difficultés qui nous obligeraient à laisser un garçon de 15 ans éloigné des travaux virils, livré à des ménagements continuels, exposé même à des accidents graves!

Cela dit, je vous montrerai sans peine que mes opérations étaient justifiées, car je ne les ai faites qu'après avoir reconnu avec certitude la disposition congénitale, qui d'ailleurs doit être bien fréquente dans les hernies de l'adolescence, où on ne peut invoquer généralement ni les violents efforts ni le relâchement des tissus. Voici le résumé de ces faits, que je me réserve de publier ultérieurement :

Observation I. — *Exstrophie de la vessie. — Hernie congénitale.*

Il s'agit d'un enfant agé de 2 ans, que j'ai opéré d'abord pour son

exstrophie vésicale (*Union méd.*, 10 octobre 1886), et qui avait en même temps une hernie inguinale droite volumineuse. J'ouvris le canal séreux, je le déchirai au-dessus du testicule, et sans difficulté, par de simples tractions, j'isolai le bout supérieur pour le réséquer au-dessous d'une ligature placée tout au fond du trajet inguinal. Quant à la vaginale, je ne la liai même pas; elle se ferma d'elle-même pendant que la la plaie se réunissait.

Obs. II. — *Hydrocèle congénitale. — Hernie épiploïque réductible.*

Charles M..., 16 ans, 11 août 1886. — Dans ce cas, répondant au premier type que j'ai décrit, il y avait une mince épiplocèle qui descendait jusqu'au testicule, dans une vaginale ouverte. Je n'ai pas soupçonné l'épiplocèle, mais il y avait aussi du liquide refluant vers l'abdomen ; c'est l'hydrocèle réductible qui m'a fait reconnaître la persistance du conduit vagino-péritonéal, et c'est pour elle que j'ai entrepris la cure radicale. Ayant trouvé l'épiploon, me suis-je repenti d'être intervenu? Bien au contraire; l'épiplocèle n'est rien, mais elle annonce l'intestin, elle lui prépare la voie. Tôt ou tard, l'entérocèle serait venue; et cet étroit canal, habité mais non distendu par un épiploon mince et mobile, pouvait devenir le siège d'un étranglement grave. Le malade guérit en quelques jours.

Obs. III. — *Hernie inguinale gauche congénitale. Ectopie testiculaire.*

W..., 16 ans, 28 août 1886. — Dans cet exemple du second type (ectopie inguinale), il s'agissait d'une hernie intestinale datant de la première enfance; un bandage, comprimant le testicule, avait dû être abandonné. Fallait-il, en spectateur désarmé, laisser la hernie grossir, le testicule s'enflammer ou dégénérer?

La résection du canal séreux et la reconstitution de la vaginale furent faites ici avec les difficultés que j'ai signalées dans cette forme particulière. Aujourd'hui, après un an, la glande séminale, qui était à l'orifice externe, est franchement descendue. Elle n'a pas, sans doute, la mobilité extrême de l'état normal et n'atteint pas le fond des bourses ; mais elle est bien dans le scrotum, et pourra, en cas de besoin, y figurer convenablement.

Quant au volume de l'organe, il n'y a guère de progrès. J'espère que nous obtiendrons, à ce point de vue, des résultats meilleurs en opérant plus tôt.

Enfin, une pointe de hernie s'est formée tout en haut, loin du testicule, si peu gênante que W... n'y fait pas attention et refuse de porter un bandage. Si jamais elle augmente, il sera facile de la contenir sans que le testicule en souffre.

Obs. IV. — *Épiplocèle funiculaire congénitale.*

Maurice R..., 15 ans, 30 juillet 1887 (exemple du troisième type). — J'avais la sensation très nette d'un liquide refluant vers l'abdomen

quand le malade était couché, et s'accumulant, aussitôt levé, dans la partie déclive d'un sac funiculaire, séparé de la vaginale; pour tous ceux qui virent le malade, il s'agissait d'une hydrocèle funiculaire. Ayant ouvert le sac, je ne trouvai pas de liquide, mais une languette épiploïque mobile, avec les rapports que j'ai signalés entre la tunique vaginale, le conduit séreux et les éléments du cordon.

J'ai renvoyé mon petit malade le 11 août (la réunion était complète le 5), sans lui prescrire le port d'un bandage et en l'invitant à venir me voir. Je l'ai revu, en effet, le 12 octobre : guérison parfaite, bonne cicatrice de soutien, aucune impulsion des viscères.

Obs. V. — *Épiplocèle funiculaire congénitale.*

Jules M..., 31 ans, 12 octobre 1887. — Hernie inguinale, chez un adulte, volumineuse et datant de la première enfance. Disposition congénitale reconnue pendant l'opération; adhérence intime du cul-de-sac inférieur du canal séreux, avec la vaginale nettement séparée. Les éléments du cordon se détachent non sans quelque difficulté; l'accolement est à coup sûr plus étroit que dans les hernies acquises. Le vrai sac est d'une minceur extrême, bien que la hernie soit vieille de trente ans. Guérison complète à la fin d'octobre.

J'arrive à cette conclusion : puisque la cure est bénigne, puisqu'elle se fait sans mutilation, toute hernie congénitale reconnue, pendant l'adolescence et au delà, peut être opérée de parti pris.

Il y a d'étroits rapports entre la hernie et l'*hydrocèle congénitale;* si bien qu'elles se sont offertes, pour ainsi dire, simultanément à mon observation. Vous venez de voir comment il m'est arrivé de prendre l'une pour l'autre, et aussi de méconnaître leur combinaison. C'est que la disposition congénitale est absolument la même dans les deux cas et comporte les mêmes variétés; il y a des hydrocèles qui entourent le testicule, et d'autres qui restent limitées au cordon, parce qu'elles surviennent dans un canal partiellement oblitéré (obs. IV). Pour compléter l'analogie, je vous proposerai de faire subir à l'hydrocèle un traitement identique à celui de la hernie.

On ne sait, en effet, comment traiter l'hydrocèle congénitale. L'injection iodée est infidèle; il vaut mieux faire l'incision antiseptique, faire sortir le liquide et suturer; beaucoup de chirurgiens conseillent de porter simplement un suspensoir. Pour moi, l'hydrocèle congénitale mérite d'être guérie tout aussi bien qu'une autre, si elle est gênante; et il faut la guérir, même si elle ne l'est pas. En effet, la sérosité importe peu, mais la persistance du conduit vagino-péritonéal est une menace pour l'avenir. L'hy-

drocèle congénitale, c'est la hernie congénitale au petit pied; la guérison de l'une est la *cure préventive* de l'autre.

Vous n'êtes pas sûr, me dira-t-on, que la hernie surviendra, et vous n'avez pas d'accidents actuels à conjurer. Je répondrai : dès que la persistance du conduit vagino-péritonéal se révèle par la présence d'un contenu, liquide ou viscère, il y a tout intérêt à le supprimer; et la cure radicale de l'hydrocèle est encore plus bénigne que celle de la hernie.

L'opération est, d'ailleurs, identique; on rencontre la même disposition, et on procède en tous points de la même manière, ainsi qu'en témoignent les trois faits d'hydrocèle congénitale sans hernie que le hasard m'a fait rencontrer.

Obs. VI. — *Hydrocèle funiculaire avec persistance du conduit vagino-péritonéal.*

Nestor M..., 15 ans, 10 septembre 1886. — Le diagnostic n'offrait aucune difficulté; comme les éléments du cordon faisaient peu de saillie dans le canal séreux, la dissection fut relativement facile. Réunion primitive, du 10 au 14 septembre.

Obs. VII. — *Kyste du cordon, doublé d'une hydrocèle péritonéo-funiculaire.*

S..., 17 ans, 16 septembre 1886. — Je n'avais pas reconnu l'hydrocèle congénitale, et je croyais opérer un simple kyste. En opérant à ciel ouvert, au lieu de me borner à la ponction suivie d'une injection iodée, j'ai pu découvrir la seconde poche et remplir toutes les indications. L'opération radicale m'a permis de faire la cure préventive d'une hernie congénitale, qui était, non pas certaine, mais toute préparée par la disposition anatomique de la région.

Obs. VIII. — *Persistance du canal de Nück. — Hydrocèle congénitale réductible.*

Sophie V..., 19 ans, 15 octobre 1887. — Je pourrais négliger ce dernier fait, car la dissection du canal de Nück ne m'a paru d'aucune difficulté. J'y reviendrai dans une autre occasion, car il est fort intéressant à d'autres points de vue.

Conclusions.

1° Dans les hernies inguinales, comme dans toutes les autres, la résection du sac est une des conditions de la cure radicale;

2° La résection totale du sac inguinal est toujours possible — sauf quelques cas d'adhérences intestinales, — soit dans les ké-

lotomies pour étranglement, soit dans les cures radicales faites de propos délibéré;

3° La résection du conduit vagino-péritonéal est toujours possible dans les hernies congénitales sans ectopie; elle l'est aussi, quand le testicule est fixé vers l'anneau inguinal externe ou assez mobile pour y descendre. Elle peut se faire en conservant le testicule et en fermant la vaginale autour de lui. Elle est délicate et minutieuse, mais n'offre pas de grosses difficultés;

4° La résection du conduit vagino-péritonéal, sans hernie, se fait aussi bien et dans les mêmes conditions, quand une hydrocèle réductible ou toute autre circonstance permet de reconnaître la disposition congénitale. Elle supprime le canal séreux qui peut devenir un sac, et a la valeur d'une cure radicale préventive;

5° Une opération bénigne et sans mutilation, qui délivre un homme jeune d'une infirmité pénible, source d'ennuis et d'inquiétudes, qui supprime radicalement une espèce dangereuse de hernie ou ne lui permet de récidiver que sous une forme plus simple, est une opération que nous avons le droit et le devoir de recommander. C'est pourquoi j'ai essayé de mettre en lumière l'utilité de la cure des hernies et hydrocèles congénitales, de vous montrer qu'on peut leur faire subir un traitement analogue à celui des hernies acquises, de vous décrire avec précision le manuel opératoire auquel je me suis arrêté, de vous dire enfin, plus nettement qu'on ne l'a fait jusqu'ici, pourquoi et comment nous devons intervenir dans les cas de ce genre.

Discussion.

M. Terrillon. J'avais l'intention de prendre la parole dans une prochaine séance, afin de vous parler de trois opérations de cure radicale pour hernies congénitales volumineuses, que j'ai pratiquées depuis plusieurs mois et qui sont complètement et définitivement guéries. Le rapport de M. Richelot m'a fourni une occasion pour en parler aujourd'hui.

Je commencerai par déclarer que je ne m'occuperai ici que des hernies inguinales congénitales, je pourrai même ajouter des hernies volumineuses, contenant beaucoup d'épiploon et difficiles à maintenir avec un bandage.

Quand j'ai dû faire ma première opération, qui date du 25 mars 1885, j'étais assez embarrassé sur le choix du procédé.

Fallait-il me contenter de lier le collet du sac après réduction, le plus haut possible, avec une ligature simple ou double. D'après l'avis de plusieurs auteurs, cette opération si simple ne met pas à l'abri de la récidive.

Était-il nécessaire, au contraire, de disséquer et de détruire le

sac ou au moins le conduit vagino-péritonéal, jusqu'au péritoine abdominal, ainsi que le conseille M. Lucas-Championnière dans son traité de la cure radicale des hernies, opinion que défend également M. Richelot.

Cette méthode est longue, difficile à cause de la direction des éléments du cordon ; elle expose à blesser ces derniers et par conséquent force le chirurgien de pratiquer la castration.

Enfin, je me demandais si je devais employer un procédé compliqué, indiqué par plusieurs chirurgiens étrangers et qui a pour but de faire avec les débris du sac, ou même avec la peau de la région, un bouchon obturateur capable de soutenir et renforcer l'orifice ot l'anneau afin de mieux empêcher une récidive.

Je savais que ces procédés, difficiles et longs, n'avaient donné jusqu'à présent que des résultats contradictoires et étaient en partie abandonnés.

Je résolus donc d'employer un procédé plus facile, que je crois aussi efficace, et qui a été inspiré principalement par Julliard, de Genève, sous le nom de *capitonnage.*

Cette opération consiste à aplatir transversalement le conduit vagino-péritonéal, au-dessous du collet de la hernie et à souder les deux parois au moyen de sutures en *capiton* faites avec des fils de catgut, sur plusieurs plans, de façon à oblitérer une grande partie du conduit.

En faisant cetto opération, j'ai tenu compte de la recommandation faite par M. Lucas-Championnière et qui consiste à oblitérer le conduit aussi haut que possible et au besoin, si cela est possible, jusqu'au niveau du péritoine abdominal.

Cette précaution est utile, car elle permet d'avoir du côté du péritoine une cicatrice plane, et d'éviter la présence d'un cul-de-sac persistant, s'enfonçant dans l'anneau inguinal et pouvant devenir plus tard l'amorce d'un nouveau sac herniaire précurseur d'une récidive.

Pour arriver à ce résultat, j'ai disséqué avec soin les deux faces latérales du conduit vagino-péritonéal, jusqu'au niveau de l'anneau inguinal. Cette dissection est facile, à condition de ne pas attaquer la paroi postérieure du conduit, lequel est accolée aux éléments du cordon ; ceux-ci faisant souvent une saillie prononcée dans sa cavité en se coiffant du péritoine.

La dissection ou plutôt la mobilisation de la partie supérieure du sac étant faite, il suffit de tirer de haut en bas sur le conduit séreux, pour le faire descendre de un à deux centimètres. Si pendant cette traction on applique le premier plan de points de suture en capiton, le plus haut possible, on oblitère le canal très haut.

Il suffit, pour se rendre compte de ce mécanisme, de laisser remonter par sa propre élasticité le conduit ainsi oblitéré (les chefs des fils étant coupés), on voit aussitôt le niveau de la suture s'enfoncer du côté de l'abdomen et se cacher au delà de l'anneau inguinal.

Il est donc certain, comme je l'ai dit plus haut, que l'oblitération a lieu au niveau ou même au-dessus de l'anneau inguinal, c'est-à-dire dans l'abdomen : donc, il ne doit pas rester de cul-de-sac.

Ce premier plan de capiton qui se compose de plusieurs sutures, étant posé (le nombre variant suivant l'épaisseur et la largeur du conduit,) on en applique un autre, à un centimètre au-dessous du premier. Il peut être nécessaire d'appliquer un troisième plan au-dessous du second ; on obtient ainsi une oblitération plus étendue et plus solide du conduit.

Je considère cette oblitération en hauteur comme très utile, car elle transforme le canal en un cordon fibreux, clos par adossement cicatriciel des deux séreuses. Ce cordon appliqué contre la cicatrice péritonéale, qui lui fait suite, doit servir de soutien à celle-ci. Le cordon lui-même prenant adhérence, avec les parties voisines, forme une masse dure, résistante, qui empêche la récidive. Il forme donc un moyen d'obturation pour l'orifice inguinal, semblable à celui que cherchaient les chirurgiens qui au moyen d'une autoplastie formaient un bouchon résistant au-devant de l'anneau inguinal.

Ce procédé opératoire, qui me semble très rationnel, m'a donné trois résultats durables, malgré le volume de la hernie et par conséquent malgré la largeur de l'anneau inguinal ; aussi, j'ai le droit de le recommander.

Il a également l'avantage d'être plus rapide, plus facile à exécuter que l'ablation du sac ou du conduit vagino-péritonéal ; enfin, je le crois aussi sûr contre la récidive.

Je ne discuterai pas longtemps la question de la castration dans la cure radicale de la hernie congénitale. Tous les chirurgiens sont d'accord sur ce point, que la conservation du testicule descendu dans les bourses et occupant sa place normale doit être une règle. On ne discute plus maintenant la nécessité de la castration dans ces cas.

Quand le testicule est dans la région inguinale en dehors de l'anneau, on peut l'enlever s'il est douloureux ou gênant pour le malade.

Quand il est sain et non gênant, il vaut mieux le conserver. M. Monod vous a en effet démontré que, pendant l'âge adulte, ce testicule ectopié peut être actif et sain aussi bien que l'autre. Il ne commence à dégénérer et à passer à l'état fibreux que vers quarante-cinq ou cinquante ans.

Chez un de mes malades, je l'ai conservé sans inconvénient ;

chez un autre, âgé de cinquante-neuf ans, je l'ai retiré sans scrupule.

Je donne ici le résumé de mes trois observations :

Observation I. — Homme de 28 ans, portant depuis longtemps une grosse entéro-épiplocèle du côté droit. Elle est congénitale, le testicule est dans l'aine, sous la peau, à côté de la hernie qui descend au fond des bourses.

Accidents fréquents et menaçants de faux étranglement. Contention impossible.

Opération, le 20 mars 1885. — Ouverture du sac, suture d'une anse intestinale. Section d'un gros paquet d'épiploon avec huit ligatures au catgut en chaîne. Réduction.

Dissection latérale du canal vagino-péritonéal, abaissement ; deux plans de capiton avec quatre anses de catgut pour chacun. Drainage de la tunique vaginale; dans le scrotum, drainage du diverticule qui va autour du testicule inguinal. Guérison en huit jours.

Le malade porte un bandage léger ; mais il est guéri et cependant se livre à des travaux pénibles.

Obs. II. — Homme de 59 ans. Hernie inguinale congénitale, entéro-épiplocèle volumineuse, sortant souvent, et menaçant de s'étrangler. Le testicule est dans l'aine, sous la peau.

Opération, le 5 décembre 1885. — Ouverture du sac; résection de l'épiploon gros comme un œuf, après ligature en chaîne au catgut (six). Rentrée du moignon. Ablation du testicule inguinal; le canal déférent descendait en anse jusqu'au fond du scrotum.

Double capitonage du conduit vagino-péritonéal, aussi haut que possible. Drainage du sac scrotal, drainage du diverticule testiculaire. Guérison en douze jours.

Depuis son opération, le malade est guéri et porte un léger bandage qu'il quitte assez souvent.

Obs. III. — Homme de 38 ans, employé à la Salpêtrière. Grosse entéro-épiplocèle du côté droit, descendant au fond des bourses; le testicule est à sa place, en arrière de la hernie, qui le déborde en bas.

La hernie est douloureuse, difficile à maintenir.

Opération, le 18 mars 1885. — Ouverture du sac en haut ; rentrée d'une grande anse d'intestin grêle. Résection de l'épiploon gros comme le poing, avec neuf ligatures en chaîne. Réduction.

Capitonnage du conduit sur trois plans, avec cinq anses de catgut pour chacun. Drainage de la poche vaginale; le drain était au contact du testicule. Guérison en dix jours.

Le malade est parfaitement guéri, se livre à des travaux pénibles et marche sans difficulté une partie de la journée.

M. Championnière. Il me semble que, dans cette discussion qui

s'ouvre, on a déjà abordé des questions très différentes. Si nous devions discuter la cure radicale en général et les modes d'opération, j'aurais beaucoup à vous dire. J'ai fait soixante opérations en dehors des cas d'étranglement, et mon expérience est plus étendue même que celle de beaucoup de chirurgiens étrangers. Mais je crois qu'il est sage de se limiter aux faits abordés par le rapport de M. Richelot et de ne dire que ce qui concerne la hernie congénitale.

Tout d'abord faut-il formuler un précepte absolu pour la conservation ou la suppression du testicule? Certainement non; cette suppression, que je n'ai jamais faite dans la hernie non étranglée, peut être tout à fait indiquée dans certains cas d'ectopie testiculaire. Je l'ai vu exécuter dans de très bonnes conditions par notre collègue M. Peyrot. Si la gêne et la douleur donnent une indication, on la fera ; sinon on conservera le testicule actif ou inactif. C'est du reste un point accessoire, M. Richelot a dit quelque chose de beaucoup plus grave lorsqu'il nous a affirmé que l'opération ou l'extirpation du sac présentait rarement de grosses difficultés. Je ne partage pas cet avis; plus je vais, plus je trouve qu'une cure radicale de hernie bien faite est difficile. Si elle paraît facile, c'est fatalement qu'elle est incomplètement faite. Je ne dis pas que ces difficultés soient insurmontables. Sur soixante opérations, je n'ai trouvé qu'un cas où je n'ai pu séparer complètement l'intestin du sac : c'était pour une *hernie crurale*, et dans mon troisième cas. Peut-être bien qu'aujourd'hui, plus sûr de moi-même, j'y arriverais.

Contrairement à ce qu'on pourrait croire a priori, ce ne sont pas les plus grosses hernies qui sont les plus difficiles, ce sont les plus petites. Et j'insiste sur ce fait ; j'y tiens, parce qu'après avoir fait un gros chiffre de ces opérations sans accidents, après avoir acquis une expérience nécessaire, je trouve toujours pour une opération complète ces mêmes difficultés qui me font consacrer à bien des hernies une heure d'opération et au delà; de tout ce que j'ai lu, de tout ce que j'ai vu, j'ai conclu que les opérations rapides, faciles, sont des opérations incomplètes qui conduisent à toutes sortes de déboires.

Je note encore dans le travail de M. Richelot cette assertion, que personne jusqu'ici n'a donné une conclusion ferme relativement aux hernies congénitales, et j'avais déjà aperçu cette assertion dans une thèse d'un de ses élèves. Sans m'occuper des autres qui pourraient réclamer, je puis lui rappeler que rien que dans le petit tableau de dix observations à la fin de mon livre, il y a trois cas de hernies congénitales ; il me semble que le fait de les opérer couramment, le fait d'indiquer les dispositions spéciales à prendre

pour les opérer (page 35 et 36 de mon livre), suffisent largement à donner une conclusion ferme.

En réalité, je suis convaincu que les hernies congénitales doivent être opérées aussi bien que les autres, et même de préférence aux autres, comme je l'ai mentionné au cours du chapitre des indications, parce qu'elles menacent d'accidents plus graves.

Il y aurait peut-être quelques autres raisons à ajouter et sur lesquelles je reviendrai. Les hernies congénitales ne sont pas l'objet d'une méthode opératoire spéciale, elles présentent quelques cas particuliers sur lesquels il faut insister ; on doit montrer comment les précautions générales à prendre doivent être exagérées, comment la dissection à la partie supérieure doit être minutieuse, lente, faite sans secousse et faite *jusque dans le ventre.*

Mais tout cela, une fois le principe général établi, on le sait, et ce n'est plus qu'une question d'expérience ou d'habileté personnelle.

Non seulement je suis d'avis que la hernie congénitale peut être opérée sans qu'on enlève le testicule, mais j'ai été beaucoup plus loin que vous dans cette conservation du testicule, et je vais vous rapporter en deux mots une opération récente que je comptais vous faire connaître prochainement et que les circonstances vont m'amener à vous relater prématurément.

Communication.

Observation de descente artificielle du testicule dans un cas de cryptorchidie,

Par M. Championnière.

J'ai pris dans mon service, il y a six mois, un petit cryptorchide âgé de 10 ans. Cet enfant, très mal venu, très chétif, a bien l'air d'avoir 8 ans ; aucun des deux testicules n'est descendu.

Notez bien ceci, il n'a pas de hernie apparente. Mais lorsqu'il est fatigué après une longue marche, descend dans l'aine à droite une tumeur un peu douloureuse ; à plusieurs reprises il y a eu là des douleurs extrêmement vives ; évidemment le testicule s'engorge, est comprimé dans le canal inguinal, et il souffre. A gauche, mêmes signes, un peu moins marqués.

J'ai eu tout de suite la pensée qu'il serait possible d'inciser, de trouver cette pointe de hernie, d'y rencontrer le testicule, d'attirer celui-ci dans le scrotum, de l'y fixer, de faire la cure radicale de la hernie.

Cette opération serait un grand soulagement pour lui, et deviendrait le point de départ d'une curieuse expérimentation physiolo-

gique. Nous verrions si cette descente artificielle du testicule entraînerait chez cet enfant les mêmes résultats généraux que la descente naturelle.

L'état de la santé générale de cet enfant m'a obligé à retarder cette opération jusqu'il y a trois semaines. En deux mots, en voici la description :

J'ai fait tenir l'enfant debout plusieurs jours de suite, et le 26 octobre, matin même de l'opération, il s'est levé de bonne heure, a sauté, toussé, fait des efforts, et j'ai fixé dans la partie inférieure du canal inguinal ce que je croyais être le testicule.

Puis l'enfant endormi, le testicule fixé, j'ai incisé au-devant de l'orifice inguinal externe et j'ai trouvé assez facilement l'extrémité saillante du canal péritonéal. Mais il n'y avait pas apparence de testicule. J'ai fait alors comprimer vigoureusement l'abdomen, et le testicule est venu poindre.

Je l'ai saisi puis attiré en bas, ce qui était déjà difficile; après des tractions nouvelles nous avons vu venir l'épididyme, qui était non pas couché sur le testicule comme pour le testicule descendu dans les bourses, mais venait à sa suite, comme on l'observe chez le fœtus lorsqu'on étudie le testicule encore au niveau du détroit supérieur; l'épididyme fut beaucoup plus difficile à abaisser que le testicule.

Au-dessus du niveau de l'épididyme, je détachai la séreuse circulairement, puis je séparai une sorte de sac supérieur du canal déférent, des vaisseaux, et traitai le pédicule séreux attiré dans la plaie par un double fil de catgut en chaîne, comme pour toutes les hernies.

J'attire alors le testicule et l'épididyme jusque dans le scrotum, c'est-à-dire jusqu'au niveau de la peau qui le représente au périnée. Une série de sutures de catgut est placée juste entre le tissu sous-cutané du scrotum et la séreuse la plus voisine du testicule, de façon à fixer celui-ci le plus bas possible. L'abaissement du testicule et de l'épididyme n'est pas très difficile, c'est l'insuffisance du scrotum qui crée des obstacles.

Au cours de l'opération, un morceau d'épiploon important pour un enfant de cet âge a été enlevé.

Il n'y a pas eu de drainage, et l'enfant en réalité était guéri au premier pansement, le huitième jour.

Le testicule est aujourd'hui abaissé bien au delà de l'anneau, un peu latéral à la verge et en arrière.

Quelles seront les conséquences sur le développement de l'enfant? Nous le verrons plus tard, d'autant mieux que je me propose d'abaisser très prochainement l'autre testicule.

En tout cas, j'obtiendrai la cure radicale des hernies, et j'ai tout

lieu de penser, d'après une autre observation où j'ai opéré un enfant de 7 ans de hernie congénitale, que les hernies opérées non prématurément mais de bonne heure donneront d'excellents résultats.

Vous voyez donc que j'ai été logique, que j'ai toujours appliqué mes préceptes, opéré même des sujets jeunes, en évitant toutefois certains enfants tout petits chez lesquels toute opération non urgente me paraît intempestive.

En ce qui concerne la communication de M. Terrillon, je ne voudrais pas m'y étendre trop longtemps, parce qu'elle aborde un autre sujet sur lequel mon opinion personnelle est parfaitement faite. Tous les procédés qui respectent le sac laissent des amorces de hernie. Même celui de M. Mac Even, qui me paraît infiniment plus complexe et plus complet, ne me tenterait pas, et cependant s'il conserve le sac, au moins fait-il cette dissection minutieuse jusque dans l'abdomen, qui est un élément capital du succès, et il fixe le sac dans le ventre.

C'est en effet une erreur de penser que c'est le bouchon formé par le sac qui supporte l'effort intestinal et par conséquent empêche le retour de la hernie.

L'obstacle au retour de la hernie est dû à la formation d'une cicatrice d'autant plus puissante que la dissection a été plus étendue, que les surfaces cruentées ont été plus considérables. Il suffit de voir les opérés dans les jours qui suivent pour se rendre compte de l'énorme masse plastique qui se forme dans la région, et cette masse plastique sera remplacée par un cordon fibreux puissant qui recevra le choc intestinal. Pour que les effets de l'opération persistent, il faut que le cordon devienne encore plus solide. C'est pour cela que j'ai pris la peine de vous communiquer dans la dernière séance mes recherches sur la nature du bandage à appliquer. Je suis convaincu, en effet, qu'un bandage ordinaire est plus nuisible qu'utile, et suis très heureux d'avoir à vous citer une des meilleures autorités en la matière, celle de M. Socin (de Bâle), qui considère le bandage ordinairement appliqué comme une cause de récidive des hernies. Il écrase cette cicatrice.

C'est donc le soin de cette cicatrice, pendant et après l'opération, qui importe.

Toutes les fois que l'opération est petite, parcimonieuse, comme dans celle dite de la suture des piliers, par exemple, il n'y a pas de barrière suffisante. Il en sera souvent de même dans celle-ci.

Peut-on affirmer que son procédé est excellent après trois opérations. Je ne le crois pas. Je sais par moi-même que l'on apprend beaucoup lorsque les cas se multiplient, et l'on devient plus exigeant pour les résultats. Puis, même sans cela, une bonne série

n'est pas chose rare. Pour ma part, je ne ferais pas une opération dans laquelle la théorie montre qu'il reste fatalement une amorce séreuse ; la pratique nous conduit toujours à quelque chose de plus que la théorie. Je ne veux pas dire par là que l'opération de M. Terrillon soit mauvaise ; je pourrais facilement même vous démontrer pour quelles raisons elle a apporté un soulagement sérieux à son opéré. Mais je crois qu'on peut faire beaucoup mieux, avec des résultats assurés. Que l'opération soit un peu plus difficile, je n'en disconviens pas; mais, cela ne me paraît pas de nature à effrayer ceux qui voudront étudier à fond cette opération, opération de choix pour laquelle on peut déterminer son temps, son heure, avec toutes les conditions indispensables au succès. (*La discussion est renvoyée à la prochaine séance.*)

Présentation de malade.

Libération du nerf radial comprimé par un cal de l'humérus. — Retour très lent de l'innervation,

Par M. Polaillon.

L'observation de ce malade a été publiée dans la thèse de M. Boularau et dans l'*Union médicale* (p. 637, n° 54; 1886). Néanmoins, je crois devoir le présenter comme un exemple de retour très lent de l'innervation du nerf radial, après la compression de ce nerf par un cal de l'humérus et sa libération.

Cet homme a eu une fracture communicative de l'extrémité inférieure de l'humérus gauche le 27 décembre 1882, alors qu'il était âgé de 51 ans. Après la consolidation, je m'aperçus qu'il avait une paralysie complète des muscles animés par le nerf radial. Le 6 février 1883, je scalpai et réséquai le cal, de manière à libérer le nerf radial. La paralysie persista, malgré les massages et l'électrisation, et le malade sortit de la Pitié le 1er mai suivant. Ce n'est qu'au bout de deux ans que les mouvements des extenseurs commencèrent à revenir. Depuis cette époque, ils ont gagné progressivement en force et en étendue. Aujourd'hui, la paralysie radiale a complètement disparu. Les muscles extenseurs de l'avant-bras ont récupéré toute leur force et tout leur volume.

Ce fait prouve que le retour de l'innervation d'un nerf comprimé peut être quelquefois très long, et vient à l'appui d'un fait analogue publié dans nos Bulletins par M. Trélat.

Discussion.

M. Poncet. Je puis présenter une observation analogue de *suture du radial* dont le succès a été longtemps à se faire apprécier.

Un sous-officier, F..., du 87e de ligne, âgé de 24 ans, eut le nerf radial coupé, le 11 mars 1886, par un coup de couteau, juste à la sortie externe de la gouttière de l'arrière du bras. Paralysie de tous les muscles innervés. Phlegmon qui retarde la suture. Celle-ci est faite au Val-de-Grâce par moi, le 23 juin. Le sujet était hémophile, et la plaie dut être ouverte, lavée des caillots sanguins. Réunion par première intention après le deuxième pansement.

Les fonctions des muscles n'ont recommencé à paraître qu'après cinq mois de traitement par l'électricité.

En juillet 1887, la guérison faisait encore des progrès ; le pouce seul n'avait pas repris tous ses mouvements, la main se plaçait dans la ligne droite, mais pas au delà.

Ainsi chez ce jeune homme vigoureux, bien qu'hémophile, la régénération du radial a mis plus d'un an à s'effectuer incomplètement.

M. Delens. J'ai observé, en 1879, un cas analogue à celui que rapporte M. Pollaillon. Il existait ici des stalactites osseuses qui venaient blesser le tissu des troncs nerveux. C'est ce qui explique le retour très lent des fonctions du nerf après l'opération.

M. Polaillon. Dans mon observation, le nerf était aplati, rubané, et caché dans le fond de la gouttière osseuse.

Après l'opération, une partie de la plaie suppura, ce qui retarda la réunion superficielle. Cependant la réunion profonde se fit normalement.

Présentation d'un malade.

M. Nimier présente un enfant qui porte depuis dix ans une luxation récidivante du pouce. Cet enfant a environ quinze ans.

Cette luxation se produit facilement après avoir été réduite, et cela sous l'influence du plus petit mouvement.

Discussion.

M. Lucas-Championnière. Je crois que ce cas pourrait être opéré, et que la résection des deux surfaces articulaires pourrait rendre service à ce jeune homme.

Mais pour arriver à ce résultat, il est nécessaire de faire une opération absolument aseptique, qui ne suppure pas. Après quelques jours on devra faire de la mobilisation de la nouvelle jointure pour obtenir des mouvements, qui reviendront complètement, surtout à cet âge.

M. Lannelongue. Je ne suis pas de l'avis de M. Lucas-Championnière, car cet enfant exécute très bien tous les mouvements. Un appareil pourrait suffire pour obtenir la guérison.

Présentation de pièces.

M. Routier présente un *utérus atteint de cancer*, lequel occupe exclusivement la muqueuse du corps de l'organe. Cet utérus a été enlevé le matin même, par la voie vaginale, à la Salpêtrière.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,

Terrillon.

Séance du 16 novembre 1887.

Présidence de M. Lannelongue.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° MM. Jalaguier, Bazy et Brun se portent candidats à la place vacante de membre titulaire ;

3° M. le Dr José Pereira-Guimarès, professeur à la Faculté de médecine de Rio-Janeiro, envoie, à l'appui de sa candidature comme membre correspondant étranger, un *Traité d'anatomie descriptive*, en trois volumes ; un nouveau procédé de résection

totale du maxillaire supérieur, collection de crânes du cabinet d'anatomie descriptive ;

4° *The nature and treatment of congenital club-foot*, par Rew. Parker (de Londres) ;

5° *Plaie du gros intestin ; suture à la paroi ; anus artificiel*, etc., par le Dr Vidal (de Grasse) (commissaire, M. Segond).

Suite de la discussion sur la cure radicale des hernies.

M. Théophile Anger. Tout d'abord, il me semble que, dans la discussion soulevée par M. Richelot, on a abusé du terme de cure radicale : le procédé opératoire est peut-être radical, mais la cure ne l'est pas toujours. Il est à présumer que si tous les individus qu'on a opérés radicalement se présentaient devant vous, la moitié au moins aurait besoin de subir une seconde cure radicale.

Ce n'est pas que je trouve le procédé d'ablation du sac mauvais, mais on l'a décoré d'un nom trop radical. Quelle est l'intention de ceux qui enlèvent le sac herniaire? On vous l'a dit : c'est d'opposer à l'issue de l'intestin une colonne solide. M. Lucas-Championnière, M. Richelot, ne nous ont pas dit s'ils faisaient la réunion immédiate de la plaie. Je crois qu'ils font cette réunion ; est-ce là une bonne condition pour obtenir une colonne de soutien solide ? Pour ma part, j'en doute, et c'est pourquoi j'ai l'habitude de laisser la plaie béante, d'y provoquer et d'y favoriser la formation de bourgeons charnus qui, en se rétractant, forment un tissu cicatriciel et une barrière plus résistante. C'est ainsi que j'ai procédé tout récemment dans un cas de hernie congénitale étranglée, que je vous demande la permission de vous rapporter avec quelques détails :

Le 3 octobre 1887, entra dans mon service un homme de 32 ans, dont la hernie était sortie pendant la nuit précédente.

L'aine droite et le scrotum étaient uniformément distendus par une tumeur du volume d'une tête de nouveau-né. Il n'y avait pas de vomissements, mais absence de garde-robe. J'essayai sans succès de la réduire avec une bande de caoutchouc. Le volume de la hernie, l'absence de nausées, le bon état général du malade, ne me semblèrent pas exiger une intervention immédiate. J'ordonnai un bain, des applications de glace, et remis au lendemain l'opération.

Le 4 octobre, le malade étant chloroformé, je fis quelques nouvelles tentatives de taxis, et, n'ayant pas réussi, je procédai à l'opération.

La hernie était manifestement congénitale; le testicule était englobé au milieu des anses intestinales. Je n'estime pas à moins de 25 à 30 cen-

timètres la longueur de l'intestin grêle hernié ; la vaginale ne contenait pas de liquide.

Après débridement, je fis rentrer l'intestin difficilement. Comme la réduction de la hernie avait été accompagnée du suintement d'un peu de sérosité sanguinolente, je fis un lavage du péritoine avec de l'eau chaude non distillée.

Cela fait, je décollai le péritoine autour de l'anneau et passai au-dessous un fil de soie. Par en bas, au-dessus du testicule, le cordon faisait saillie dans le sac, et il fut plus difficile d'isoler le canal déférent. Les deux fils qui liaient le péritoine étaient distants de 2 à 3 centimètres l'un de l'autre.

Pour reconstituer la séreuse vaginale, j'en suturai les bords à l'aide de dix points de suture au catgut. Aucun drain ne fut placé dans la tunique vaginale. La peau, au niveau du testicule, fut suturée séparément. La partie supérieure de la plaie resta béante.

Les suites de l'opération furent des plus simples ; des garde-robes se montrèrent dans les vingt-quatre heures. La guérison ne fut entravée que par le développement d'une rougeur érysipélateuse sur la paroi abdominale. La température s'éleva, le deuxième jour, à 38°,2, pour redescendre rapidement à 37°,4.

La tunique vaginale fut le siège d'un épanchement qui disparut spontanément le huitième jour. Le malade sortit, complètement guéri, le 5 novembre : il est ici et va vous être présenté.

La hernie réapparaîtra-t-elle ? J'en suis convaincu. Pour empêcher l'intestin de sortir de nouveau, il faudrait lui opposer une force continue. La rétraction cicatricielle qu'on lui oppose sera-t-elle suffisante ? Je n'ose l'espérer. Il n'en est pas moins vrai que l'opération qui consiste à isoler le sac, à le décoller par en haut, est encore le meilleur procédé pour se mettre à l'abri d'une telle éventualité.

M. Berger. Si MM. Richelot et Lucas-Championnière s'étaient bornés à nous dire que l'opération dite de la cure radicale est plus aisément et plus généralement applicable aux hernies inguinales congénitales qu'on n'est porté à l'admettre, je n'aurais eu aucune objection à leur présenter, et malgré l'opposition même que je dois faire à quelques-unes des propositions qu'ils ont émises dans la dernière séance, je suis heureux de prendre note des perfectionnements qu'ils ont apportés au manuel de cette opération, afin de les mettre à profit, quand l'occasion se présentera de le faire.

La question, de première importance, sur laquelle je tiens à m'expliquer devant vous est celle qu'ils ont incidemment et, à mon avis, beaucoup trop rapidement abordée : celle des indications qui régissent l'opération.

Les indications ? mais, pour nos deux collègues, il n'y en a plus,

ou du moins plus qu'une, l'existence d'une hernie inguinale congénitale, qui doit être, si je les ai bien compris, *dans tous les cas*, ou tout au moins *dans la grande majorité d'entre eux*, traitée par l'opération de la cure radicale.

Une telle proposition, proposition dont l'adoption constituerait une révolution véritable dans le traitement des hernies, mérite tout au moins une discussion des plus sérieuses, et puisque nos collègues n'ont pas cru devoir l'appuyer autrement que sur une simple affirmation, je suis contraint de rechercher les preuves cliniques sur losquelles celle-ci repose.

Pour substituer au traitement classique par les bandages l'opération dite de la cure radicale, dans tous les cas de hernie congénitale ou dans la majorité d'entre eux, il faut être convaincu :

Que les hernies inguinales congénitales ne peuvent guérir par les moyens ordinaires, et qu'étant incurables, elles exposent celui qui les porte, pendant toute la durée de son existence, à des inconvénients graves et à des dangers sérieux ; d'autre part, que l'opération de la cure radicale fait courir à ceux sur lesquels on la pratique moins de risques que l'affection à laquelle on l'oppose, et que, de plus, elle est efficace, c'est-à-dire capable de procurer des guérisons durables.

Examinons successivement chacun de ces points.

I. — La hernie inguinale congénitale est-elle curable par les bandages ? Dans quelles conditions et dans quelles proportions peut-elle être guérie par l'application de ces moyens contentifs ?

Malgaigne, dans ses *Leçons sur les hernies* (Paris, Germer Baillière, 1841, p. 80), s'exprime en ces termes : « On peut d'abord poser en fait que ce que produisent les meilleurs procédés opératoires peut être aussi bien produit par un bandage rationnel. » Cette appréciation, qui serait hasardée si on l'appliquait indistinctement à toute espèce de hernies, est absolument fondée lorsqu'on la réserve pour les hernies congénitales. Je n'ai pas besoin de recourir, sur ce point, aux ouvrages classiques ; l'expérience de tout chirurgien est là pour me répondre. Quel est celui d'entre vous qui ne puisse citer, en grand nombre, des faits dans lesquels il a obtenu la disparition complète de hernies congénitales chez des enfants par l'application d'un bandage bien fait, bien surveillé, porté nuit et jour pendant des mois et des années ? Aussi ne vous citerai-je pas les cas de ma propre pratique, où j'ai suivi et constaté cette disparition. Je tiens à prouver que la guérison par les bandages, ou même la guérison spontanée des hernies congénitales simples, est uno règle qui ne comporte presque pas d'exceptions, tout au moins avant la quinzième année.

Pendant plus de six ans, j'ai surveillé, au bureau central, la délivrance des bandages aux indigents inscrits à l'Assistance publique. J'ai pu, dans ce service, recueillir des indications sommaires, mais suffisantes pour établir une statistique autant que possible exacte, sur 10,000 cas de hernie de toute nature. C'est dans l'examen, un peu aride, de ces chiffres que je vous demande de me suivre pour quelques instants.

Sur ces 10,000 observations de hernies de toute nature, recueillies sur des sujets de tout sexe et à tous les âges, 1,212 ont trait à des hernies observées chez des enfants du sexe masculin et âgés de moins de 15 ans ; sur ces 1,212 hernies, 271 étaient des hernies inguinales congénitales.

Je fais observer que le diagnostic de hernie congénitale n'était posé qu'avec la plus grande rigueur, et, autant que possible, par la constatation de caractères physiques précis qui me permissent de déclarer que la hernie était bien réellement *congénitale*, et pas seulement *infantile*. On peut donc admettre que, chez les enfants du sexe masculin âgés de moins de 15 ans la hernie inguinale congénitale est, aux autres hernies, dans la proportion de 1 à 4 1/2. Cherchons à savoir ce que cette proportion de hernies devient chez l'adulte.

Mes 10,000 observations de hernie m'ont donné 5,942 cas de hernies inguinales, simples ou doubles, chez les sujets masculins âgés de plus de 15 ans.

De ces 5,942 cas de hernie inguinale, 215 seulement se rapportent à des hernies congénitales ou présumées telles, dont 69 avec ectopie ou anomalie testiculaire. Ainsi, chez les individus du sexe masculin au-dessus de 15 ans, la hernie congénitale est, aux autres variétés de hernies inguinales, dans la proportion de 1 à 27,63, tandis que nous avons vu cette proportion être de 1 à 4 1/2 chez les enfants âgés de moins de 15 ans.

On ne peut néanmoins conclure que cette diminution de la relation du chiffre des hernies inguinales congénitales aux hernies inguinales communes chez l'adulte soit due à la guérison des hernies inguinales congénitales observées chez l'enfant ; on pourrait l'interpréter bien plutôt par la mortalité plus grande des enfants atteints de hernie congénitale, et surtout par l'adjonction, chez l'adulte, de hernies accidentelles, qui se développent, on le sait, dans une énorme proportion entre la vingtième et la quarantième année.

C'est en recourant à nos observations, et en consultant chacune d'elles en particulier, qu'il m'a été possible de découvrir, qu'il m'est permis d'affirmer que les *hernies congénitales observées dans l'adolescence et dans l'âge adulte se sont, du moins en très*

grande majorité, développées après l'âge de 15 ans; qu'à cette période de la vie, les hernies inguinales congénitales développées dans la première et la deuxième enfance ne forment plus qu'une minorité si faible qu'elle est presque négligeable.

N'ayant pas le temps nécessaire pour reprendre en détail toutes mes observations, j'ai fait porter cette vérification sur 2,000 d'entre elles seulement (obs. 8,000 à 10,000), ce qui constitue un chiffre déjà respectable.

Ces 2,000 cas de hernies comprennent 1,089 cas de hernies inguinales chez des sujets du sexe masculin âgés de plus de 15 ans. Celles-ci renferment 60 cas de hernies congénitales.

Au point de vue de l'époque de leur développement, ces 60 hernies congénitales se répartissent de la façon suivante:

4 cas où le diagnostic de hernie congénitale peut être sujet à contestation;

34 cas où la hernie s'est développée entre la seizième et la quarantième année;

2 cas où la hernie congénitale, apparue dans l'enfance, était guérie lorsque le malade vint consulter pour une hernie développée du côté opposé;

3 cas où la hernie congénitale, développée dans l'enfance, avait été guérie par l'application d'un bandage, mais avait récidivé un temps plus ou moins considérable (6 à 20 ans) après la suppression de ce bandage;

7 cas, compliqués d'ectopie testiculaire, où le testicule, accompagnant la hernie dans tous ses déplacements ou placé en ectopie inguinale, ne permettait aucune contention par les bandages. Dans ces 7 cas, d'ailleurs, l'apparition de la hernie avait coïncidé avec la migration tardive du testicule, entre la sixième et la dixième année;

6 cas, dans lesquels la hernie congénitale, développée dans l'enfance, n'avait jamais été maintenue par un bandage, ou tout au moins d'une façon très irrégulière.

Enfin 4 cas seulement où des hernies congénitales, existant probablement dès la première enfance, avaient persisté malgré le port de bandages à peu près régulièrement appliqués, au moins tout autant que les commémoratifs permettent de l'établir.

Je crois ces chiffres suffisamment probants, et j'estime qu'ils me permettent de conclure que l'*immense majorité des hernies inguinales congénitales que l'on observe chez l'adolescent et chez l'adulte se sont développées tardivement, passé la quinzième année; que celles qui persistent depuis l'enfance n'ont en général été soumises à aucune contention sérieuse*, soit pauvreté des parents, ou négligeance, ou bien encore en raison de circonstances excep-

tionnelles qui rendraient le port d'un bandage impossible, telles que la complication d'une ectopie testiculaire.

Il faut donc, pour expliquer la disparition presque complète des hernies inguinales congénitales, si communes dans la première et la seconde enfance, admettre que ces hernies guérissent grâce à l'application et au port des bandages, souvent même spontanément, et que celles qu'on retrouve à un âge avancé doivent leur persistance à l'incurie ou à l'impossibilité où l'on a été de leur appliquer une contention régulière.

Je pense donc que chez les sujets âgés de moins de 15 ans on n'est jamais autorisé à pratiquer l'opération dite de cure radicale, à moins qu'une circonstance complexe, telle que l'existence d'une ectopie testiculaire, n'empêche absolument l'application et le port régulier du bandage ; celui-ci, dans l'enfance, reste donc le seul moyen à la fois de contention et de guérison auquel on doive avoir recours en dehors de certains cas complexes sur lesquels nous aurons à nous expliquer tout à l'heure.

Envisageons à présent le cas d'adolescents et d'adultes atteints de hernies inguinales congénitales : ces hernies peuvent-elles guérir passé la 15e année, et jusqu'à quel âge peut-on espérer en obtenir la disparition ?

La question est bien plus difficile à résoudre :

Les sujets que nous soumettons à l'application de bandages cessent en effet de venir nous revoir lorsqu'ils s'aperçoivent que leur hernie ne sort plus et qu'ils se croient guéris; et il est en général facile, tant que le malade est jeune, si la hernie est récente et qu'elle ne soit pas trop volumineuse, ni l'anneau trop dilaté, d'obtenir par application constante d'un bandage bien fait, porté le jour et la nuit, que la hernie, au bout de quelques mois, ne sorte plus et ne se révèle même pas par l'impulsion communiquée par la toux au doigt qui explore le trajet. Sont-ce là des guérisons véritables? Oui, dans certains cas peut-être. Mais j'ai la conviction que dans lo plus grand nombre, le trajet, déshabité, s'est simplement resserré sans s'oblitérer, et ce qui le prouve, c'est la récidive de la hernie au bout d'un certain nombre de mois ou même d'années, sous l'influence d'un effort, lorsque l'on a cessé de porter un bandage.

Je ne suis pas moins porté à croire que bon nombre de hernies congénitales peuvent guérir passé la quinzième année, et même jusqu'à l'âge de 20 à 22 ans, pour avoir maintes fois constaté moi-même de ces guérisons, apparentes peut-être, mais présentant tous les caractères d'une guérison durable, aussi bien que si le sujet avait subi l'opération de la cure radicale. En pareil cas, j'ai coutume de conseiller de continuer à porter un bandage de préservation, ban-

dage léger, d'ailleurs, qu'on enlève la nuit, et qui, à mon sens, est moins gênant, plus efficace, et d'une application au moins aussi facile que celui que M. Lucas-Championnière fait porter à ses opérés, et qu'il nous a présenté dans une des dernières séances.

Mais toutes les hernies congénitales n'arrivent pas à cet état de guérison apparente ou réelle. A mesure que les sujets sur lesquels on les observe avancent en âge, on a moins de chances d'obtenir ce résultat; passé la vingtième année je n'y compterais plus guère: en résulte-t-il que l'on soit admis à proposer l'opération à tous les gens qui après cet âge viennent se présenter à nous avec une hernie congénitale manifeste, pour ne parler que de cette variété de hernie?

Pour le faire, il faudrait être sûr que la hernie congénitale, persistant dans l'âge adulte, est toujours une incommodité grave ou une source de dangers constants : or, je suis assuré qu'en mettant à part les cas complexes, ceux où il existe en même temps une ectopie testiculaire empêchant l'application d'un bandage, ou un sac intrapariétal ou propéritonéal, circonstances qu'à la vérité il est difficile de reconnaître, les cas où l'on a laissé la hernie devenir énorme, ou partiellement irréductible, je suis assuré par l'expérience de tous les jours, par de très nombreux cas observés dans la pratique de la ville, où l'on suit de près les malades, qu'il est en général possible et même facile d'empêcher la hernie de sortir et de s'accroître.

Vous avez vu, comme moi, nombre de jeunes gens et d'hommes faits, porteurs d'une hernie inguinale, qui n'en ressentaient aucune incommodité, grâce à l'application d'un bandage très simple et très facile à porter; ils menaient une existence active et pouvaient même se livrer à tous les exercices du corps, danse, natation, équitation, escrime, sans jamais voir sortir leur hernie; et si j'insiste sur ces faits d'une observation si commune qu'elle est presque banale, c'est pour réagir contre cette exagération avec laquelle on nous dépeint les hernieux comme de malheureux infirmes voués à la plus misérable de toutes les existences; certes, le sort des gens atteints de hernies volumineuses et devenues irréductibles est des plus dignes de pitié; mais quand une hernie est reconnue de bonne heure, qu'elle est simple et récente, il appartient le plus souvent au médecin qui la soigne et au malade qui la porte d'empêcher qu'elle n'arrive à ce point, et cela sans opération; ce n'est qu'une question de bandages, de surveillance et de soin.

Reste l'éventualité d'un étranglement; et les partisans de l'opération font observer que précisément l'étranglement, dans les hernies inguinales congénitales, est un étranglement serré, à marche

rapide et particulièrement redoutable. Il n'est pas si serré, néanmoins qu'on n'en puisse venir très souvent à bout, même par le taxis avec chloroforme; et sans aller bien loin dans mes notes, je retrouve aussitôt quatre observations de hernies de cet ordre, dont deux compliquées d'ectopie inguinale du testicule, dont une autre présentait un collet long de plusieurs centimètres et un peu plus gros qu'une plume d'oie, cas dans lesquels quelques minutes de taxis sous le chloroforme me permirent de remettre en place la hernie: quatre excellentes occasions que je perdis peut-être de pratiquer la cure radicale; mais les malades ne s'en plaignirent pas à leur réveil.

Il faut s'entendre d'ailleurs sur cette gravité de l'étranglement dans la hernie inguinale congénitale; certes, les phénomènes fonctionnels éclatent de bonne heure, ils sont prononcés et menaçants; mais cette circonstance même, qui ne permet pas de méconnaître la nature des accidents, est favorable au malade, en ce qu'elle ne laisse pas de place à la temporisation.

Je trouve dans mes notes la mention de 10 hernies inguinales congénitales étranglées que j'ai eu à traiter; 4 d'entre elles ont été réduites par le taxis modéré avec chloroforme, au bout de 10, 12, 36 et 38 heures d'étranglement. Les 6 autres sujets furent opérés 36, 48 heures et même 3 jours après le début des accidents, 5 d'entre eux guérirent, un seul mourut : il était atteint de hernie enkystée de la tunique vaginale, et la difficulté de porter un diagnostic sur lequel deux chirurgiens s'étaient mépris avant moi, et le retard qui en fut la conséquence, ne furent pas sans influence sur la terminaison fatale.

Cette proportien de 1/6 de mortalité est notablement plus faible que celle qui correspond à ma statistique générale d'opération de hernies étranglées, qui comprend seulement 4/7 de guérisons pour 3/7 de morts : 16,6 pour cent de mortalité dans le premier cas, 42,8 pour cent dans le second. — Je ne pense pas qu'il faille expliquer cette bénignité de l'opération pour les hernies congénitales étranglées par un simple hasard de série; ainsi que je l'ai dit, l'opération est très peu meurtrière, car les phénomènes pressants que détermine cet étranglement douloureux et serré contraignent le malade à réclamer de bonne heure du secours, et nous savons que les chances de succès, dans l'opération des hernies, dépendent presque uniquement de l'époque à laquelle on intervient.

Et néanmoins, quoique l'étranglement des hernies congénitales ne me semble pas comporter un pronostic plus grave que celui des hernies inguinales communes de même volume; quoique les incommodités dont ces hernies sont la cause soient modérées et qu'elles puissent être évitées, de même que le danger de l'étran-

glement prévenu par le port régulier d'un bandage appliqué de bonne heure et surveillé avec soin ; quoique ces hernies puissent guérir, même dans l'adolescence, par le port régulier et constant des bandages, il faut reconnaître qu'elles constituent une infirmité et parfois un danger, et je serais prêt à concéder qu'on peut les traiter, en règle générale, par l'opération, s'il m'était démontré que celle-ci fût suffisamment bénigne et suffisamment efficace. Il s'en faut, malheureusement, que les données que nous possédons sur ces deux points soient de nature à me satisfaire entièrement.

II. — Si nous consultons les statistiques les plus récentes, c'est-à-dire les plus favorables, concernant la cure radicale des hernies par suture du collet et résection du sac, nous constatons qu'elles accusent une proportion de mortalité très appréciable.

La statistique de Socin, donnée par Anderegg, son élève, porte sur 136 opérations de cette nature pratiquées par le chirurgien de Bâle, de 1877 à 1886. De ces faits, 52 seulement ont trait à la cure radicale pour des hernies non étranglées; ils comprennent deux cas mortels, soit 3, 6 pour cent de mortalité.

On cherchera peut-être à commenter ces résultats en rappelant que dans un de ces cas la terminaison a été due à un phlegmon gangreneux, dans l'autre à une hémorragie épiploïque, et que dans ces deux cas il s'agissait d'opérations complexes et par conséquent plus graves, tandis que l'opération pratiquée sur les sujets de 20 à 40 ans, pour des hernies peu volumineuses et non adhérentes, n'a donné aucun cas de mort.

Mais voici une autre statistique, également considérable, communiquée par le Dr Michel Banks (de Liverpool) à la session de Dublin de la *British medical association*, en 1887. 106 opérations ont été pratiquées par cet auteur, dont 68 pour des hernies non étranglées; de ces 68 cas, 52 avaient trait à des hernies petites ou de moyen volume; ils ont pourtant donné 2 décès, et les 16 opérations restantes, pratiquées sur des hernies volumineuses, en ont fourni 4 autres.

Quels que soient les arguments que l'on puisse chercher pour en atténuer la valeur, ces chiffres, recueillis dans la pratique de chirurgiens d'une grande habileté, d'une grande expérience en la matière, partisans convaincus de la méthode antiseptique, ces chiffres restent et doivent être tenus en considération.

Quels que soient donc les succès qu'on vienne vous rapporter, il n'est pas possible d'envisager l'opération de la résection du sac comme une opération sans conséquence et sans gravité : M. Lucas-Championnière n'a-t-il pas insisté lui-même sur les difficultés qu'elle présente dans les hernies congénitales. Je crois donc être

au-dessous de la vérité en évaluant au moins à un ou deux pour cent la mortalité qu'elle doit donner même dans les cas les plus favorables.

Quelle est donc la proportion de mortalité à laquelle les hernies exposent ceux qui en sont porteurs, pour autoriser le chirurgien à faire courir ce risque au malade? Question fort difficile, impossible même à trancher d'une manière précise, mais sur laquelle nous pouvons établir une approximation.

Les hernieux ne succombent guère du fait de leur hernie qu'à des accidents d'étranglement pour lesquels, à Paris tout au moins, l'opération est tentée dans l'immense majorité des cas : si donc on pouvait estimer le nombre de sujets qui meurent actuellement à Paris des suites de l'étranglement herniaire dans une classe déterminée de la société, et le rapprocher du chiffre des hernies qui se développent annuellement dans la même partie de la population on aurait, à une légère erreur près, la proportion de mortalité qu'entraînent les hernies.

Je ne sais au juste quel peut être le chiffre de la mortalité qui accompagne actuellement l'opération de la hernie étranglée dans les hôpitaux de Paris : si l'on s'en rapportait aux statistiques réunies par les soins de l'Assistance publique pour les années de 1861, 1862, 1863 et 1864, ce chiffre serait en moyenne de 40 décès par an environ; mais l'opération de la hernie étranglée donnait à cette époque une mortalité de 79 pour cent c'est-à-dire de près des 4/5 des cas, et il est certain que cette proportion doit avoir très notablement diminué, si j'en crois ce que j'entends dire par presque tous mes collègues, si j'en crois ma propre statistique qui me donne, ainsi que je l'ai dit environ 3/7 seulement d'opérations suivies de mort. Il faudrait pour avoir une estimation tout à fait exacte recourir aux documents que centralise annuellement l'administration. Je m'occupe actuellement de ce travail dont je vous communiquerai les résultats, mais je n'ai pas encore eu le temps de la mener à bien, d'autant que cette centralisation, fort incomplète, rend mes recherches très laborieuses : je crois néanmoins en tenant compte et de l'augmentation de la population des hôpitaux depuis 1864, et de l'amélioration certaine des conditions où se font les opérations de kélotomie, que le chiffre de 40 décès par an, résultant de l'étranglement herniaire dans les hôpitaux et hospices de Paris est un maximum qui ne peut être dépassé.

D'autre part, mes relevés faits au Bureau central pendant cinq années, me font estimer à 1800 ou 1900 au moins chaque année, le nombre des cas nouveaux de hernie qui se présentent au Bureau central; or il faut observer :

Que l'étranglement herniaire atteint en fort grand nombre des

gens qui n'ont jamais porté de bandages et qui, par conséquent ne sont pas compris dans ce chiffre de 18 à 1900 hernies que le Bureau central reçoit tous les ans ;

Que ce chiffre de 18 à 1900 ne concerne que les gens assistés par l'administration et inscrits comme recevant des secours à domicile, tandis que la plupart des malades atteints de hernie étranglée qui viennent se faire opérer dans les hôpitaux de Paris, appartiennent à cette énorme majorité de la classe ouvrière qui vit de son travail, ouvriers de toute sorte, domestiques, employés, petits bourgeois, petits commerçants qui peuvent bien se payer un bandage mais qui n'ont pas les moyens de se faire opérer chez eux, quand ils sont atteints par un étranglement, population dix fois plus considérable peut-être que celle des indigents assistés; et qu'il faut y joindre encore presque tous les gens atteints de hernie étranglée dans les diverses communes du département et qui viennent se faire opérer à Paris...

Par ces raisons, je pense que le chiffre approximatif de 40 individus succombant annuellement aux suites de l'étranglement herniaire dans les hôpitaux et hospices civils de Paris doit correspondre à un contingent annuel d'au moins 6 à 8,000 hernies nouvelles. Je crois donc pouvoir avancer, en me fondant sur ces données, que les hernies de toute nature ne déterminent la mort de ceux qui les portent que dans une proportion fort inférieure à cette proportion de 1 0/0 que fournit encore l'opération dite de cure radicale.

L'on me dira que les hernies congénitales appartiennent à la classe des hernies qui, chez des sujets jeunes, n'exposent presque à aucun danger par le fait de l'opération de cure radicale ; je répondrai que ce sont elles justement qui guérissent aisément par le port d'un bandage, et dont l'opération comporte le pronostic le moins grave, quand elles s'étranglent.

On ajoutera peut-être que les progrès du manuel opératoire rendront bientôt les cas malheureux encore moins fréquents, à la suite des tentatives de cure radicale; mais je dirai, avec la certitude de ne pas me tromper, que l'étranglement serait une exception bien plus rare et que son opération serait presque constamment suivie de succès, si la connaissance des hernies, de leurs accidents, du traitement qui leur est applicable, faisait plus de progrès parmi les médecins et même dans le public.

Quoi qu'il en soit, je reste convaincu d'une chose, c'est que la *mortalité qu'entraîne l'opération dite de cure radicale surpasse la mortalité qui résulte de l'existence même des hernies.*

J'arrive au dernier point que j'ai à examiner ; l'on est en droit, dit-on, de courir, ou plutôt de faire courir aux malades quelques

risques pour les débarrasser d'une infirmité. Soit, mais encore faut-il leur donner, en échange de ces risques, la certitude ou la probabilité solidement établie d'une guérison qu'ils ne peuvent obtenir par d'autres moyens.

Or, ce qu'on nomme l'opération de la cure radicale entre les mains du chirurgien éminent qui l'a le plus souvent pratiquée, de Socin, lui a donné, sur 105 opérations, 41 cas de récidive, soit 1/3 d'insuccès, et 64 cas, c'est-à-dire 2/3 de succès, constatés au bout d'un temps qui n'excédait pas sept à huit années, et qui, pour la moyenne, était de quatre ans environ.

Dans mes relevés du Bureau central, j'ai noté dans un bon nombre de cas la guérison d'anciennes hernies congénitales ou infantiles; j'ai vu des sujets qui, après avoir porté pendant des années un bandage, avaient été déclarés bons pour le service, à la conscription, avaient fait leur temps de service militaire, qui avaient même été acceptés comme remplaçants; et je n'ai vu qu'une infime minorité parmi les sujets guéris, puisque le plus grand nombre d'entre eux n'a plus besoin de venir réclamer un bandage de l'assistance. Mais ce que j'ai pu constater dans de nombreuses observations, c'est que ces guérisons apparentes avaient, au bout d'un temps plus ou moins long, été suivies de récidive. J'ai recueilli et transmis à M. Segond pour sa thèse d'agrégation, 39 observations de hernies congénitales ou infantiles qui, guéries en apparence par le port d'un bandage, avaient récidivé au bout d'un intervalle de temps variant entre sept et soixante ans, ainsi donc après l'époque des plus longues guérisons que se flattent d'avoir obtenues les partisans de l'opération : je pourrais aujourd'hui leur joindre un grand nombre d'autres faits semblables. Aussi, tout en reconnaissant que parmi les guérisons obtenues par l'opération, un certain nombre peuvent et doivent être considérées comme durables, tout en convenant que l'amélioration temporaire constatée dans d'autres cas peut amener une diminution des inconvénients qu'entraîne la hernie, *ne puis-je considérer comme une opération radicale, une opération qui manque aussi souvent son but, qui, de l'aveu de la majorité des chirurgiens, oblige l'opéré à porter un bandage même après guérison apparente, et dont les succès n'ont été jusqu'à présent contrôlés que par une observation de durée tout à fait insuffisante*. Considérant, en effet, que c'est entre les âges de trente et de quarante ans que se développe la plupart des hernies acquises, ou que récidivent les hernies anciennes, guéries en apparence, je crains beaucoup que nos collègues revoient, par la suite, plusieurs de leurs opérés revenir leur présenter un retour de leur ancienne infirmité.

En résumé, en présence du nombre relativement considérable

des insuccès qui suivent l'opération, de l'incertitude des guérisons même acquises en apparence, je ne crois pas qu'il soit permis d'exposer, en règle générale, les sujets atteints de hernie congénitale aux risques de cette opération, risques supérieurs à ceux que leur fait courir l'affection dont ils sont porteurs et dont ils peuvent d'ailleurs guérir par des moyens inoffensifs dans un bon nombre de cas.

Je ne voudrais pas que les considérations où je viens d'entrer pour combattre ce que je considère comme un entraînement exagéré vers l'opération de la cure radicale, me fît passer pour un adversaire de cette opération. Je reconnais les immenses services que celle-ci peut rendre dans bien des cas, je constate avec bonheur sa bénignité relative, je me félicite des améliorations et des perfectionnements que l'on introduit dans sa technique. Mais je crois qu'il est nécessaire d'en formuler avec rigueur les indications, de distinguer les cas auxquels il faut la réserver de ceux, actuellement encore en majorité, qui relèvent du traitement par les bandages. C'est ce qui m'amène à vous présenter les conclusions suivantes auxquelles m'a conduit la considération des faits que j'ai réunis et que je viens de vous présenter ; les voici :

Dans aucun cas, l'on n'est autorisé à pratiquer l'opération dite de la cure radicale pour des hernies congénitales chez des sujets âgés de moins de quinze ans.

Passé cet âge, l'opération ne sera proposée, en dehors des cas d'étranglement, que lorsque la hernie, rebelle à tout autre moyen de traitement, deviendra une cause de gêne permanente, ou de danger réel, c'est-à-dire :

1° Dans les hernies congénitales qui, malgré l'application d'un bandage, continueront à augmenter de volume;

2° Dans celles que les bandages les mieux faits ne pourront empêcher de sortir fréquemment ;

3° Dans celles qu'en raison d'une ectopie testiculaire invétérée, on doit considérer comme incurables et où la présence du testicule en ectopie s'oppose à l'application régulière d'un bandage ;

4° Dans les hernies congénitales compliquées d'irréductibilité totale ou partielle de l'épiploon.

J'admets en outre que dans tous les cas où, chez un sujet jeune, une hernie congénitale, sans augmenter de volume, a néanmoins résisté à l'application et au port régulier, la nuit et le jour, d'un bandage, continué pendant plusieurs mois au moins sous la surveillance d'un chirurgien, on peut déférer au désir du malade et de sa famille, s'il désirent en connaissance de cause que l'on tente l'opération.

J'ajoute que dans aucun de ces cas on ne serait autorisé à sacri-

fier le testicule, à moins que celui-ci ne fut atrophié, ou ectopié, ou que sa conservation ne rendît la contention de la hernie impossible; et je me félicite, à cet égard, des assurances qui nous ont été données par MM. Richelot et Lucas Championnière sur la possibilité d'obtenir l'occlusion du conduit péritonéo-vaginal dans tous les cas sans avoir recours à la castration. La mutilation qui résulte de la perte d'un des organes mâles est en effet bien plus grave que l'infirmité que la hernie même constitue, et Paré lui-même n'a-t-il pas dit « qu'il ne faut se haster d'oster les couillons aux pauvres garçons. »

Un mot, en terminant, sur l'opération que M. Richelot propose dans les cas d'hydrocèle congénitale. M. Richelot pense que l'hydrocèle congénitale est « une hernie en puissance ». J'estime que c'est bien plus souvent une hernie congénitale en voie de guérison, car j'ai vu bien plus fréquemment une hydrocèle persister pour quelque temps alors que la hernie était guérie grâce aux bandages, que je n'ai vu la hernie se développer dans un scrotum préalablement distendu par une hydrocèle : et même dans cette double acception la relation entre la hernie et l'hydrocèle congénitale m'a paru un fait exceptionnel. J'ai compté au Bureau central des hydrocèles congénitales par centaines, et sur 271 garçons atteints de hernies congénitales, je n'en ai observé que 16 qui eussent présenté simultanément ou antérieurement une hydrocèle communicante.

Est-il besoin d'ajouter que l'hydrocèle congénitale guérit facilement, dans la majorité des cas, simplement par le port d'un bandage; que quand elle résiste, ce qui est rare, on dispose de méthodes nombreuses de traitement, lesquelles sont assez sûres et ne présentent presque aucun danger, et que ce ne serait que dans des cas tout à fait exceptionnels de persistance de la collection liquide qu'il serait permis, à mon avis du moins, de songer à une opération aussi considérable. On doit mesurer à la gravité de chaque lésion pathologique l'importance de l'action chirurgicale dirigée contre elle, et c'est, je le crois, ne pas tenir cette balance suffisamment égale que d'appliquer à une affection, en somme toute légère et très facilement curable par des moyens simples, une opération que bien des chirurgiens se refusent encore à adopter comme moyen habituel de traitement des hernies, affections beaucoup plus difficiles à guérir et présentant des inconvénients et des dangers bien autrement sérieux que ceux qui sont inhérents à l'hydrocèle congénitale.

M. Terrier. La question qui a été posée ici par mon ami et collègue M. Richelot, me semble complexe et je crois qu'il la faudrait diviser un peu pour établir des règles chirurgicales.

Il faudrait tout d'abord distinguer les hernies congénitales selon

qu'elles existent pendant la période d'accroissement ou bien quand les individus sont arrivés à l'état adulte.

Dans l'enfance, conseiller la cure radicale des hernies congénitales me paraît sujet à discussion, en ce sens que, si la hernie a des chances de guérir spontanément, sous l'influence du développement du sujet, et peut-être du port de bandages appropriés, il faut attendre et savoir s'abstenir. Si au contraire cette chance est moindre et presque nulle, comme c'était le cas chez un enfant mâle, atteint d'épispadias avec exstrophie vésicale, traité dans mon service par M. G. Richelot, il me semble qu'on est autorisé à faire cette cure radicale, et tel fut l'avis que je donnai, lorsque M. Richelot me fit l'honneur de me consulter à ce sujet. L'enfant fut opéré et guérit très bien de ses deux hernies.

Chez l'adulte, ou chez le sujet arrivé à son complet développement, je crois qu'on peut poser en principe que la cure radicale de la hernie congénitale doit être faite, dès qu'elle est réclamée par le malade, et qu'on doit la proposer, dans la plupart des cas, de préférence au port d'un bandage.

En fait, on agit pour la hernie congénitale ce qu'on conseille pour toutes les autres hernies acquises chez l'adulte.

Une seconde question agitée par M. Richelot et surtout par M. Terrillon est la question de la castration.

Et tout d'abord, si le testicule occupe sa position normale, s'il est sain, il faut le conserver, cela ne fait pas de doute.

Est-il dans une situation anormale, la question devient discutable, surtout si l'on opère des sujets très jeunes. Mais quand on a affaire à des adultes, je crois qu'il vaut mieux l'enlever, pour éviter les névralgies ultérieures possibles et la dégénérescence de l'organe déplacé, dégénérescence signalée par beaucoup d'auteurs.

Reste enfin le *modus faciendi*. J'avoue avoir peu d'enthousiasme pour le procédé de mon excellent ami Julliard, il me paraît compliquer l'opération sans la rendre peut-être plus efficace, toutefois, il faudrait l'expérimenter comparativement pour juger cette question et je ne le puis actuellement.

Jusqu'ici je préfère procéder à la cure radicale, comme je le fais dans les autres hernies non congénitales, c'est-à-dire isoler le sac aussi complètement et aussi haut que possible, de tous les éléments vasculaires et le lier avec du catgut à l'aide de 2 anses entrecroisées.

Mais, comme le sac est ici la tunique vaginale, parfois un peu épaissie, je ne fais cet isolement qu'à partir de la partie moyenne de cette tunique, toute la partie supérieure est isolée, liée et réséquée, quant à la partie inférieure, elle est suturée au catgut et

forme une vaginale isolée pour le testicule que je respecte avec soin.

L'observation suivante recueillie par mon ami et interne le Dr Hallé vous donnera une idée de ma manière de procéder dans ces circonstances spéciales.

Henry B..., maçon, âgé de 22 ans, demeurant à Saint-Ouen, entre à Bichat le 8 février 1887 pour se faire guérir d'une hernie inguinale droite. De bonne santé habituelle, cet homme n'a pas d'antécédents pathologiques, ses parents ne sont pas hernieux,

A sa naissance et pendant toute son enfance, B... n'avait pas de hernies ; il fut réformé en 1885, mais ne peut dire pourquoi.

Depuis dix mois seulement, il a constaté l'existence de sa hernie, qui depuis n'a pas cessé de s'accroître. Il n'a pas porté de bandage pour la contenir, et elle sort dès que le malade est debout. Il affirme qu'elle se réduit la nuit.

Dans ces derniers temps, la hernie le gêne beaucoup pour son travail et dès qu'il fait un travail pénible, il est obligé de se tenir courbé en deux.

Pas de troubles digestifs.

La hernie est inguinale droite, du volume d'une pomme, et descend jusqu'au fond des bourses, au contact du testicule; c'est donc une *hernie dans la gaîne vaginale*.

Le plus souvent elle renferme de l'épiploon et peu d'intestin; d'ailleurs épiploon et intestin sont très faciles à réduire. L'anneau inguinal est assez large et admet aisément l'extrémité du doigt. Le testicule est sain.

B... est en outre un alcoolique précoce, il a du tremblement des mains et de l'agitation nocturne.

L'opération est faite le 24 février 1887. L'anesthésie est lente, vu l'alcoolisme du patient. Après les précautions antiseptiques usuelles la peau est incisée suivant la direction du trajet inguinal, c'est-à-dire obliquement; cette incision correspond par son milieu au niveau de l'anneau inguinal externe, son extrémité inférieure descendant presque jusqu'au testicule.

Le sac mis à découvert, on voit très nettement qu'il s'agit de la vaginale et non d'un sac herniaire habituel. Sa paroi très mince est incisée en avant, sa face interne est lisse, et par transparence on voit très nettement les éléments du cordon sous-jacents à la paroi séreuse postérieure.

Les deux bords de la séreuse ouverte sont saisis à l'aide de pinces à pression et attirés en avant ; et le décollement de la vaginale est fait avec soin et avec les doigts seuls. Or, cette séreuse se sépare très aisément des organes du cordon.

Le canal déférent et l'artère spermatique, laissés en place, sont très faciles à reconnaître.

Ce décollement est poussé aussi haut que possible, jusque dans

l'intérieur du canal inguinal, si bien qu'on aperçoit très bien les piliers de l'anneau externe, écartés et lâches.

Par la cavité du sac, ou plutôt de la gaîne vaginale, on aperçoit très haut au niveau de l'orifice interne du trajet inguinal une petite portion d'épiploon libre. Cette cavité du sac est nettoyée avec soin avec une éponge aseptique et attirée autant que possible en bas. Les parois du sac, ou de la vaginale, sont alors traversées au ras de l'anneau inguinal externe, par un fil de soie double de moyen calibre, conduit par l'anguille de Reverdin ; les deux anses du fil sont entrecroisées et liées le plus haut possible, étreignant chacune la demi-circonférence du sac vaginal. La résection du sac au-dessous de la ligature est faite et le moignon maintenu par les fils est touché à la solution forte, puis on coupe les fils et le moignon remonte jusque sur l'orifice inguinal interne.

Toute la partie inférieure de la gaîne vaginale décollée est aussi réséquée, mais il en reste une assez grande étendue qui plus bas est intimement adhérente à l'épididyme et au testicule ; or, cette partie est fermée par une suture en bourse faite au catgut, de façon à constituer une tunique vaginale séreuse au testicule.

La peau est suturée au crin de Florence, des lambeaux de tissu cellulaire sont pris dans cette suture. Un drain de moyen calibre est placé au fond de la plaie, jusqu'à la partie inférieure du scrotum.

Pansement avec la poudre et la gaze iodoformée, au-dessus pansement de Lister maintenu par de l'ouate et une bande de tarlatane mouillée dans l'eau boriquée.

Les suites de l'opération furent des plus simples, après quelques vomissements dus au chloroforme, il n'y eut aucune réaction et la température oscilla entre 37° et 37°,5.

Premier pansement le 7e jour; on enlève les crins de Florence et le drain.

Deuxième pansement le 13e jour; tout est guéri, on applique sur la suture une couche légère de collodion iodoformé.

L'opéré s'est tout à fait guéri le 14 avril 1887. La cicatrice est solide, il existe un bouchon cicatriciel au niveau de l'anneau, bouchon qui reste immobile lors des efforts de toux. Le malade porte un bandage pour maintenir encore sa cicatrice.

Je n'ai pu encore le retrouver depuis son départ de l'hôpital Bichat.

Comme on le voit, cette observation est un type bien net de la cure radicale d'une hernie congénitale ou mieux de la gaîne vaginale, telle que je la conseillerais pour obtenir à la fois la cure de la hernie et l'incarcération du testicule dans une gaîne vaginale normale.

En terminant, je me permettrai de protester contre la pratique proposée par M. Th. Anger, d'après laquelle il laisserait la plaie ouverte et suppurante.

M. P. Segond. — Par sa communication si riche en documents

instructifs, M. Berger vient d'élargir singulièrement les limites de notre discussion, il en a même quelque peu déplacé les termes. Ce n'est plus seulement le manuel opératoire de la cure radicale qui est en cause mais, à vrai dire, la question presque toute entière. En prenant la parole à mon tour, je tiens à ramener le débat vers ses limites premières et je me propose d'envisager uniquement les questions soulevées par l'intéressant rapport de M. Richelot. Les réflexions que je désire vous soumettre sont basées sur des lectures très nombreuses et sur les faits de ma pratique. M. Lucas-Championnière ayant fait observer à M. Terrillon qu'une pratique étendue était seule capable d'autoriser des opinions personnelles, j'hésite presque à vous parler de ma propre expérience. Cependant comme j'ai déjà exécuté les manœuvres de la cure radicale plus de quarante fois, comme j'ai pratiqué cette opération pour des hernies non étranglées dix fois (c'est justement le chiffre des observations qui ont servi de base au premier travail de M. Lucas-Championnière), il m'a paru que mes pièces justificatives étaient suffisantes pour m'engager à vous dire ma manière de voir.

En premier lieu, je tiens à bien établir qu'au point de vue des règles générales du manuel opératoire, je partage les opinions de M. Lucas-Championnière, et, sauf quelques points de détail portant, par exemple, sur le drainage que je fais toujours au point le plus déclive et sur les autoplasties compliquées toujours inutiles selon moi, toutes mes opérations ont été calquées sur les siennes. Avec M. Lucas-Championnière, je pense que la résection du sac, que sa dissection portée le plus haut possible et que la ligature très élevée de son collet sont les conditions de toute cure radicale bien exécutée. Toujours avec M. Lucas-Championnière, je pense enfin que cette dissection du sac est délicate et que, pour la bien faire, il faut n'enlever que la séreuse elle-même. Ce point de la technique de la cure radicale est, vous le savez, capital, et je n'ai pas à vous rappeler que tout l'honneur de l'avoir pour la première fois mis en lumière revient à notre collègue, M. Lucas-Championnière.

Le seul fait que je désire spécifier à propos de la *résection du sac*, c'est qu'à mon avis, cette résection n'est pas, comme l'a dit M. Richelot, *toujours possible*. Deux fois, j'ai dû y renoncer, sous peine de compromettre les éléments du cordon; d'autres opérateurs ont rencontré des difficultés analogues et je pense que les exemples de cette nature, si exceptionnels qu'ils puissent être, ne doivent pas être contestés. C'est dans les cas de ce genre qu'il faut, comme l'a fait M. Terrillon dans les trois observations qu'il nous a communiquées, et comme je l'ai fait plusieurs fois moi-même, recourir à la suture en capiton de Julliard, suture en capiton que l'on peut

très heureusement associer à la suture interne du collet telle que Czerny l'a décrite. Cette nécessité, formelle à mon avis, de renoncer à la dissection du sac lorsqu'elle est trop difficile, résulte des précautions opératoires qui nous sont imposées par l'obligation non moins formelle de ne point sacrifier inutilement les testicules de nos opérés.

Sans doute, l'utilité de la castration n'est pas contestable dans certains cas déterminés. Toutes les fois qu'une hernie inguinale se complique d'ectopie, de néoplasie ou de névralgie testiculaires, il est clair que la castration devient un complément indispensable de la cure dite radicale. Mais hors de ces conditions précises (testicule ectopié, testicule néoplasique, testicule douloureux), la castration doit être, selon moi, sévèrement bannie du manuel opératoire de la cure dite radicale des hernies inguinales. Si j'insiste sur cette règle opératoire, c'est qu'il n'est pas tout à fait exact de dire avec M. Lucas-Championnière qu'à cette heure, personne ne conseille systématiquement la castration des hernieux. Kraske a bel et bien écrit qu'il fallait les castrer *toutes les fois que la dissection du sac était difficile.* Je me suis élevé contre ce précepte dans ma thèse d'agrégation et mon opinion n'a pas varié depuis.

S'il était jamais prouvé que la cure dite radicale des hernies est vraiment radicale, si la guérison définitive devenait un jour le *résultat habituel* de l'opération, on devrait sans doute discuter à nouveau les indications de la castration et la pratiquer chez les malades prévenus et consentants, toutes les fois qu'elle serait capable de rendre la cure plus complète et plus définitive. Mais, en dépit de quelques affirmations contraires, il est très loin d'en être ainsi. Sauf quelques exceptions, le résultat définitif d'une cure radicale est toujours des plus aléatoires et, dans ces conditions, je ne crois pas avoir à développer plus longuement les raisons qui me portent à penser que, dans la cure radicale des hernies inguinales, il faut, en dehors des conditions que j'ai spécifiées plus haut, subordonner son manuel opératoire à la conservation nécessaire du testicule; conservation pure et simple des hernies inguinales communes, conservation favorisée par la confection d'une vaginale nouvelle dans les hernies congéniales. Cette confection d'une vaginale nouvelle aux dépens de la partie inferieure du sac des hernies inguinales congéniales est fort simple à exécuter et donne les meilleurs résultats.

J'arrive maintenant à la question soulevée surtout par M. Lucas-Championnière, celle des indications du bandage à la suite des opérations de cure radicale. Pour me faire bien comprendre, je suis obligé de vous rappeler ici certains faits relatifs aux indications générales de la cure radicale. Je le ferai très brièvement puisque

j'ai moi-même fait observer que cette question était hors du débat actuel. Avec M. Lucas-Championnière, M. Terrier et beaucoup d'autres chirurgiens, j'estime que les hernies douloureuses, les hernies irréductibles, les hernies incoercibles, les hernies congéniales avec ectopie, les hernies compliquées d'une affection funiculaire ou testiculaire, justiciable elle-même d'une intervention sanglante, et les hernies donnant lieu à des accidents autres que l'étranglement, sont toutes des hernies qu'il faut en général opérer. Mais il est à peine besoin de faire observer que, si tel est le texte de loi, son interprétation variera singulièrement suivant les chirurgiens.

Or, pour mon compte, je partage résolument l'opinion de ceux qui voient toujours dans la cure dite radicale une opération sérieuse et qui veulent, pour la pratiquer, des indications nettes et précises. Ainsi, lorsque Socin et son élève Anderegg, dont vous connaissez tous l'important travail, affirment que « l'indication la plus favorable de cure radicale est réalisée chez les sujets bien portants, jeunes ou d'âge moyen, porteurs de hernies inguinales récentes et petites », je reconnais avec eux l'excellence possible des résultats définitifs, mais c'est un acquiescement tout platonique car, en présence d'une hernie petite, récente, non douloureuse, facilement coercible, je ne me crois pas le droit de conseiller l'opération. Cette déclaration préalable domine ce qui me reste à dire sur la nécessité de porter ou non un bandage à la suite des opérations de cure radicale.

M. Lucas-Championnière nous a nettement exprimé son opinion à cet égard. Il admet qu'en nombre de cas, le bandage est inutile ou même nuisible et, vous ne l'avez pas oublié, le bandage spécial qu'il nous a présenté a pour but de soutenir la région herniaire, sans exercer de pression sur la cicatrice opératoire, pression particulièrement néfaste, à son avis. Socin soutient des idées analogues et, sans doute, une doctrine qui a de pareils défenseurs mérite grande considération. Je n'en tiens pas moins à dire que ma façon de voir est toute différente. Bien entendu, je n'ai garde de contester les faits jusqu'ici publiés dans lesquels il est question de hernieux guéris et conservant les bénéfices de leur guérison sans porter bandage. Cependant, je pourrais justement objecter qu'il faut de bien longues années d'observation pour oser proclamer la réalité de telle ou telle cure radicale. Mais je ne veux pas entraîner la discussion dans cette direction. Je me contenterai de faire observer que les résultats opératoires obtenus par Socin, et publiés par Anderegg, ne permettent pas d'avancer que le bandage soit inutile ou nuisible à la suite des opérations de cure radicale.

Hernies petites, hernies récentes, hernies développées sur des sujets jeunes et bien portants, tels sont les hernies pour lesquelles

Socin préconise surtout la cure radicale sans bandage consécutif. Or, je l'ai dit plus haut, j'accepte que le bandage soit inutile dans ces cas-là, mais en revanche, dans ces cas-là, je ne crois pas qu'il faille conseiller l'opération. Je me trouve ainsi limiter la question aux hernies toujours plus ou moins volumineuses, gênantes ou dangereuses, irréductibles, incoercibles ou douloureuses qui réclament vraiment notre intervention et, pour les hernies de cette catégorie, la récidive est tellement fréquente, qu'il est tout au moins prudent de la considérer comme une règle. Cette manière de voir est du reste conforme à toutes nos connaissances sur la physiologie pathologique des hernies. N'est pas hernieux qui veut et c'est pourquoi les résections et les sutures les mieux entendues ne sauraient abolir ce triste privilège.

Je terminerai donc en disant qu'à mon sens, le port d'un bandage est indispensable à prescrire à la suite de la cure radicale des hernies, si l'on veut assurer à ses opérés les bénéfices définitifs ou durables de l'opération qu'ils ont subie. Il est à peine besoin d'ajouter que ce bandage, post-opératoire, ne doit avoir d'autre office que le soutien de la région opérée. Il n'a donc rien de commun avec les appareils qui torturent, on peut le dire, l'existence des hernieux non opérés et la nécessité de porter bandage après l'opération ne saurait dès lors modifier les indications ou diminuer les précieux avantages de la cure chirurgicale des hernies non étranglés. (C'est à dessein que j'emploie, comme M. Trélat, le mot de *cure chirurgicale* et non pas celui de *cure radicale*. Le qualificatif « *radicale* » dépasse, à notre avis, la mesure du progrès accompli et n'est pas actuellement conforme à la réalité des faits.)

M. Théophile Anger. Je désire présenter un malade que j'ai opéré d'une hernie par la méthode de la cure radicale. J'insiste sur ce fait que j'ai laissé suppurer la plaie, car je suis persuadé que cette suppuration, un peu prolongée, a pour effet de provoquer une cicatrice plus épaisse et plus résistante que celle qu'on obtient par les autres procédés, qui ont pour but la réunion primitive.

M. Trélat.—Je ne suis pas de l'avis de M. Anger, car je considère qu'aucune cicatrice n'est plus solide que celle produite par la réunion primitive.

M. Lucas-Championnière. —Je partage entièrement l'opinion de M. Trélat, et j'insiste sur la solidité de ces cicatrices obtenues par réunion première.

M. Anger. — Cependant le tissu produit par la suppuration est dense, épais, résistant, et a pris, avec les tissus voisins, des adhé-

rences intimes qui lui donnent une grande solidité. Vous pouvez vous en assurer chez mon malade.

M. Lucas-Championnière. — Ce résultat peut être obtenu par hasard; mais je maintiens que le contraire est la règle, et que rien ne peut remplacer la réunion primitive.

Communication.

M. Guerlain présente une observation de *prolapsus de l'utérus*, opéré par un procédé nouveau.

Ce travail est renvoyé à une commission (M. Bouilly, rapporteur).

Présentation de malades.

M. Anger présente un malade auquel il a pratiqué une opération d'hypospadias.

Présentation de pièces.

Anus artificiel iliaque.

Par M. le Dr Paul Reclus.

J'ai pratiqué, il y a sept mois, un anus artificiel iliaque pour obvier aux accidents que provoquait, chez une femme de 59 ans, un cancer volumineux de la partie moyenne du rectum. Notre opérée vient de mourir aux progrès de la cachexie et avec une généralisation hépatique; j'ai pensé qu'il serait intéressant de vous montrer les pièces que j'ai recueillies.

Et d'abord, un mot sur le manuel opératoire, car le mode d'intervention auquel j'ai eu recours, n'est pas usité en France, et c'est peut-être la première opération de ce genre qui ait été faite chez nous. L'incision, située à trois travers de doigt au-dessus de l'arcade de Fallope, mesurait six centimètres environ; la peau a été coupée, puis une couche épaisse de graisse, puis les muscles. Le péritoine, sous lequel transparaît l'intestin, est ouvert délicatement; les deux lèvres en sont saisies avec deux pinces à forcipressure, et une anse se présente; elle est rose, lisse, régulière-

ment calibrée; elle n'est donc pas l'S iliaque, et nous la refoulons en haut; du bout du doigt, nous explorons plus bas et nous retirons une anse bosselée, grisâtre, à bandes longitudinales visibles et hérissée d'appendices épiploïques; c'est bien la partie que nous cherchons, et nous nous apprêtons à la faire au dehors.

Au lieu de pratiquer des points de suture, temps long et délicat, nous avons maintenu l'anse en passant au-dessous d'elle et au travers du mésentère une mèche aseptique, une lanière de tarlatane iodoformée saisie par une pince à forcipressure dont les deux mors serrés ont, par une pression énergique, déchiré la séreuse. Puis, avec du collodion, les deux extrémités libres de la lanière ont été collées sur la peau; l'anse se trouvait ainsi solidement fixée et ne pouvait plus rentrer dans le ventre. Elle fut alors recouverte de ouate hydrophile maintenue par une ceinture peu serrée.

Le sixième jour seulement, l'appareil a été levé et nous avons incisé au thermocautère la convexité de l'anus; le huitième jour, comptant sur des adhérences péritonéales suffisantes, nous avons enlevé la lanière de tarlatane iodoformée; l'intestin n'a pas bougé; le douzième jour, la malade est allée abondamment à la garde-robe par son anus artificiel, dont la saillie débordante s'est peu à peu affaissée; au bout d'un mois, il était à fleur de peau, sans prolapsus de la muqueuse; son orifice qui mesurait 2 centimètres environ permettait le passage facile des matières fécales. C'est certainement l'anus artificiel le plus régulier que j'aie jamais vu.

Vous pouvez, d'ailleurs, vous en rendre compte par vous-même. Voici l'orifice artificiel qui semble, comme l'anus normal, entouré de plis rayonnés; le bout supérieur de l'intestin absorbe à lui seul les deux centimètres d'ouverture; quant au bout inférieur, rétréci, et à peine du volume du petit doigt, il est accolé en canon de fusil au bout supérieur. Il y a donc un éperon complet, et les matières fécales du bout stomacal ne sauraient s'engager dans le bout rectal, condition essentielle d'un bon anus artificiel. Quant aux adhérences, vous pouvez juger de leur régularité et de leur solidité extrême.

Je crois que cette méthode, plus expéditive, plus régulière, et qui évite le long et pénible temps de la suture, doit être vulgarisée. Qu'on ne lui objecte pas la nécessité d'ouvrir immédiatement l'intestin pour obvier aux douleurs, aux épreintes, aux fausses envies et à l'obstruction, car, chose singulière, après friction de l'anse au dehors, tous les accidents ont cessé, bien que l'intestin fût encore intact; les matières fécales et les gaz distendant comme devant la cavité abdominale, et cependant tous les phénomènes attribués à l'obstruction avaient disparu; il y a là un problème dont la physiologie ne nous a pas encore donné une solution satisfaisante.

Discussion.

M. Trélat. J'ai eu trois fois l'occasion de pratiquer l'anus iliaque, de préférence à l'anus lombaire, dans le but de faire la comparaison entre ces deux méthodes.

J'ai obtenu la guérison dans ces trois cas, mais avec une grande lenteur et après un temps beaucoup plus long qu'a à rapprocher près l'anus lombaire.

Toujours j'ai pratiqué l'ouverture de l'intestin au moment de l'opération primitive; je n'ai jamais essayé l'ouverture tardive, employée par M. Reclus et recommandée depuis longtemps par les chirurgiens étrangers. Je n'ai donc pas d'opinion précise à ce sujet. Je remarquerai seulement que chez la malade de M. Reclus l'orifice est étroit et semble insuffisant pour les fonctions ordinaires de l'intestin.

M. Reclus. L'orifice est étroit, cela est vrai, mais je l'ai pratiqué ainsi de parti pris. Il avait toujours été suffisant, et dans le cas contraire je l'aurais dilaté au moyen d'un petit spéculum spécial inventé par M. Segond.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,

Terrillon.

Séance du 23 novembre 1887.

Présidence de M. Lannelongue.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Une lettre de M. le Dr Delorme avec l'exposé de ses titres à l'appui de sa demande de candidature pour la place de titulaire vacante;

3° Une lettre de M. Bandon, membre correspondant à Nice, dans laquelle notre confrère observe que : dans un mémoire envoyé, en 1875, à la Société de chirurgie, sur l'*orotomie abdominale*, il a recommandé l'usage de la suture et du tube utérin, passant par le col de la matrice et permettant la sortie facile des lochies et sécrétions urinaires. Il rappelle qu'il a employé ce procédé avec succès sur des animaux, et qu'il le jugeait applicable à la femme ;

4° M. Horteloup dépose sur le bureau de la Société, au nom de l'Assistance publique, les divers rapports faits au Conseil municipal et à la Commission d'hygiène hospitalière sur la construction de services d'isolement dans les hôpitaux. M. le Directeur de l'Assistance publique prie la Société de vouloir bien examiner les plans proposés et de lui faire connaître ses observations (Renvoyé à une commission composée de MM. Horteloup, Terrier, Lucas-Championnière et Bouilly);

5° M. le Ministre de l'Instruction publique envoie trois exemplaires d'une brochure intitulée : *Notize necrologiche e pathologiche illustrative*, avec figures, par les professeurs Brunetti, de Padoue (Italie).

Suite de la discussion sur la cure radicale des hernies.

M. Trélat. Je dirai, en commençant, que le plus grand nombre des observations que j'ai à faire, à propos de la cure radicale des hernies, ont été déjà formulées par les différents orateurs qui ont pris part à cette discussion.

Je n'aurais même pas pris la parole si je n'avais pensé qu'il y avait utilité à apporter le témoignage d'un chirurgien qui a vécu sous l'empire de doctrines diverses, et souvent opposées, et qui a dû, suivant le cours du progrès chirurgical et de ses propres recherches, modifier, par fois, du tout au tout, sa doctrine et sa pratique.

C'est ainsi que pendant longtemps, avec Malgaigne, j'ai enseigné et pratiqué qu'on devait réduire par le repos, la diète, les purgatifs légers et le taxis à intervalles les hernies épiploïques dites irréductibles. Bien que j'ai eu de nombreux succès, j'ai abandonné cette pratique, et, dans ces sortes de cas, j'ai recours à la cure radicale.

En revanche, malgré les statisques de M. Berger, je persiste à croire aujourd'hui, comme autrefois, lorsque je faisais faire la thèse de M. Leroy-Desbarres, que les hernies congénitales sont

Paris. — Société d'imp. PAUL DUPONT (Cl.) 47.12.87. Le Gérant : G. MASSON.

graves et dangereuses, parce qu'elles sont à canal, à petit canal ouvert, parce que ce canal présente des rétrécissements successifs et que l'étranglement, rapide et serré, n'est que trop facile dans ces conditions. Nos bulletins contiennent de nombreuses observations de moi et de plusieurs de nos collègues pour appuyer cette manière de voir.

Je sais bien que cela importe peu pour les cas présentement en discussion, car la cure radicale s'applique principalement aux hernies non étranglées et dont il s'agit de débarrasser le malade, à cause des infirmités dont elles sont les causes ou des dangers ultérieurs qu'elles peuvent faire courir.

Pour ce mode d'intervontion spécial, j'ai une opinion arrêtée que je demande à formuler d'une certaine façon, qui s'appliquera à toutes les hernies, même les congénitales.

« Toute hernie, quelle qu'elle soit, qui n'est pas *complètement*, *constamment*, *facilement* contenue par un bandage est justifiable de la cure radicale. »

On peut joindre cette formule à celle que j'ai proposée autrefois : Toute hernie devenue irréductible doit être incontinent réduite dans l'abdomen.

Dans la cure radicale de la hernie, je vois divers avantages marqués sur lesquels on n'a pas insisté: la possibilité de guérir les hernies pour toujours dans un grand nombre de cas ; la certitude de mettre pendant un temps très long, et souvent pour toujours, le malade à l'abri d'accidents plus ou moins sérieux.

En un mot, cette opération a pour résultat, sinon de guérir toujours, mais de transformer une hernie congénitale en une hernie simple; une hernie irréductible et difficile à contenir, en une hernie facile à maintenir dans l'abdomen ; enfin, d'enlever une masse épiploïque gênante, douloureuse et menaçante.

Je peux vous citer, comme exemple de ce que j'avance ici, l'observation d'un malade que j'ai opéré ce matin. Cet homme portait une hernie qui était sortie deux jours avant son entrée à l'hôpital. La réduction avait été impossible pour les deux médecins qui l'avaient vu.

Sous l'influence du chloroforme, je pus réduire la hernie, mais il était impossible de maintenir cette réduction. J'ai alors proposé la cure radicale, surtout à cause de l'accident présent, mais aussi parce que la hernie augmentait depuis quelque temps et menaçait d'être rebelle à tout bandage.

Ici j'ai enlevé un gros morceau d'épiploon. Or, je prétends que, si je n'ai pas guéri complètement la hernie et si celle-ci se reforme, j'aurai toujours rendu au malade le service de le débarrasser d'une hernie compliquée. Cet épiploon était éraillé de trous,

de lacunes, qui pouvaient être facilement la cause d'un étranglement ou d'une obstruction et nécessiter une opération dans de mauvaises conditions.

La formule que je vous propose comprend tous les cas; elle est donc absolument générale.

Si un enfant est atteint d'une hernie congénitale, si le bandage fonctionne bien et est bien supporté, il n'y a qu'à attendre la guérison, qui surviendra presque certainement. Si le bandage, au contraire, est insuffisant ou mal supporté, l'opération de la cure radicale devient rationnelle et doit être exécutée pour le délivrer de cette infirmité.

Si, poursuivant la discussion, je me reporte au manuel opératoire, je me trouve en communion d'idées avec M. Lucas-Championnière. Comme lui, je suis partisan de l'ablation complète du sac et de la ligature du collet aussi haut que possible du côté du péritoine.

J'ai pratiqué ce précepte dans toutes mes opérations de hernies.

Je ne vois aucune utilité à suturer les piliers de l'anneau fibreux qui entoure le sac, car cette suture ne produit aucun résultat satisfaisant et est inutile.

Comme M. Lucas-Championnière, je crois que plus la dissection porte sur le feuillet mince et séreux du sac, sans s'égarer dans le tissu cellulo-fibreux qui l'entoure et qui adhère à l'anneau externe, plus la dissection est facile.

Cependant, je crois qu'on peut trouver des cas dans lesquels cette réparation du sac des éléments fibreux voisins doit être difficile ou impossible à cause des éléments du cordon.

Je comprends alors, dans ces cas, qu'on conserve le conduit, ou du moins la portion trop difficile à disséquer, au lieu de s'obstiner à l'enlever et de courir le risque de blesser les éléments du cordon. On peut alors traiter le collet du sac par le procédé du capitonnage dont nous parlait M. Terrillon.

Je considère ce procédé comme inférieur aux précédents, mais utile dans les cas difficiles et mettant à l'abri de quelques accidents opératoires très regrettables.

Je n'insisterai pas sur d'autres points du manuel opératoire dans les hernies congénitales. Pour moi aussi, le testicule doit être conservé quand il est normal et à sa place. On doit rétablir autour de lui le sac séreux, en suturant les bords de la vaginale, comme dans la cure radicale de l'hydrocèle.

Si le testicule est en ectopie, il pourra être sacrifié sans scrupules. On pourra, dans certains cas, tenter de l'attirer en bas vers le scrotum et de le fixer à sa nouvelle place.

En somme, l'opération de la cure radicale de hernies, que

j'aimerais mieux nommer *cure chirurgicale des hernies non étranglées*, parce que cette expression me paraît plus conforme à la réalité des faits et au véritable progrès accompli, cette opération, dis-je, affermie et simplifiée dans son manuel, de mieux en mieux précisée dans ces indications, constitue, à mon sens, une des plus utiles et des plus solides conquêtes de la chirurgie récente. Elle enlève l'épée de Damoclès, qui menace la vie d'un bon nombre de hernieux.

M. Lucas-Championnière. Si nous reprenions une à une toutes les communications faites dans cette discussion, ce serait très long, car on a beaucoup dévié des premières questions discutées et limitées par M. Richelot. Aussi je ne traiterai d'aucune de ces digressions. Mais, je ne puis laisser sans protestation la communication de M. Berger sur les indications de l'opération.

Je sais bien que toute proposition de faire une chose nouvelle appelle une réaction et M. Berger me paraît avoir représenté cette réaction aussi largement que possible. Il l'a fait avec des arguments qui n'ont pas sans doute une grande portée pour ceux d'entre nous qui étudions la question depuis plusieurs années et qni avons l'expérience de l'opération, mais ces arguments ont une apparence de valeur pour ceux qui sont moins au courant et il est nécessaire de montrer en quelques mots combien ils sont faciles à réfuter.

D'abord, l'invocation classique à la statistique. Vous savez bien qu'on lui fait dire tout ce que l'on veut, à la statistique. Et le choix de la statistique de M. Husson n'est pas fait pour nous convaincre. Nous savons tous comment elle a été faite. Même pour des chiffres mieux réunis, ce que la statistique peut m'apprendre de la gravité de la hernie congénitale, des succès de la kélotomie dans cet étranglement spécial est bien peu de chose à côté de l'expression de l'opinion d'un chirurgien autorisé.

Ne vaut-il pas cent fois mieux entendre l'avis d'un chirurgien comme tout à l'heure le disait le professeur Trélat.

J'attache beaucoup plus d'importance aux observations personnelles de M. Berger, qu'à ces statistiques sur lesquelles il n'y a pas lieu de discuter.

Cependant je ne saurais admettre avec lui l'extrême facilité de la guérison, par le bandage, des hernies même congénitales. Nous admettons tous la possibilité de cette guérison, nous en avons tous observé des cas. Mais, au lieu de constituer la règle, ces cas sont l'exception. J'en ai deux cas présents à la mémoire ; tous deux observés sur des filles. Chez l'une, la guérison a été relativement facile. Chez l'autre, l'enfance et toute la jeunesse ont été littérale-

ment empoisonnées par les soins du bandage. Celle-ci, qui, du reste, n'a jamais fait un effort violent, jamais de grossesse, est restée guérie.

Mais combien d'échecs pour ces succès? Je pourrais citer tout de suite deux cas, où des parents modèles ont surveillé le bandage avec une sollicitude incessante. Les enfants n'ont pas été pensionnaires pour cette raison. Ils ne sont pas du tout guéris. C'est l'opération qui aura raison de cette situation.

Pour M. Berger, le bandage ce n'est rien, quelques soins, pas de dangers, et la guérison au bout. Selon moi, c'est absolument le contraire qu'il faut dire.

Si je conseille aux hernieux, dans un très grand nombre de cas, l'opération de préférence au bandage, c'est, d'une part, parce que l'opération est d'une *application beaucoup plus facile;* c'est, d'autre part, parce qu'elle est *moins dangereuse que le bandage lui-même.*

Ce supplice du bandage que vous recommandez, la moitié des hernieux en sont obsédés. Il leur faut une attention de tous les jours, de toutes les minutes. Il y en a qui souffrent sans cesse. Qu'est-ce donc, à côté de cela, qu'une opération peu douloureuse, et un repos de quelques semaines?

Mais, en outre, il y a le danger, tous les auteurs l'ont signalé. Cette diminution du trajet herniaire que vous déterminez est une cause d'accident pour la première sortie de l'intestin; votre porte-bandage est constamment menacé de l'étranglement, et, avant l'étranglement, de tous les accidents plus modestes qui ne se terminent que par la mort. Tout le monde reconnaît que ces dangers sont plus graves dans la hernie congénitale.

Ce n'est donc rien, un pareil danger, que vous le laissiez de côté et que vous lui opposiez une prétendue mortalité? Je dis prétendue. parce que vous n'avez pas le droit de faire les additions que vous faites. Vous ne pouvez pas admettre que les soixante cas de M. Socin soient comparables entre eux. Il en est de même pour toutes les opérations dont on voit chiffrer la mortalité. Je chiffrerais ma statistique, plus de soixante cas, j'y ajouterais les trente cas de M. Terrier, et je les opposerais aux autres, pour dire que la mortalité est nulle dans tous les cas. Si je n'avais rien à ajouter à cela, mon raisonnement n'aurait guère de portée.

En pareille matière, ce qui me paraît supérieur à toutes les statistiques, c'est l'opinion nette d'un chirurgien qui a beaucoup vu, et c'est pour cela que je me permets de vous dire : j'ai fait plus de soixante de ces opérations. Parmi celles-ci, il y en avait quinze ou vingt d'une très grande importance. Non seulement je n'ai pas perdu de malade, mais je n'ai pas vu les accidents.

que beaucoup d'auteurs ont signalés ; j'attribue ces résultats pour toutes sortes de bonnes raisons, qui seraient longues à exposer, mais qui résultent de l'étude approfondie de la question, aux précautions spéciales que je prends, aux détails de médecine opératoire et de thérapeutique chirurgicale. Si j'admets la possibilité de certains dangers, ils ne sont pas le propre de l'opération, mais de certaines circonstances accessoires que vous pouvez écarter dans les opérations de choix.

Ce sont ces raisons qui me font persister à admettre toutes les indications que j'ai examinées dans mon livre, sous sept chefs différents, et je résume ma pensée dans une formule très simple, qui est la suivante :

1° Certaines contre-indications d'âge ou de cachexie établies ; toutes les fois qu'une hernie cause gêne ou accident, nous devons conseiller au patient l'opération ; 2° Même en dehors de ces conditions, toutes les fois qu'un hernieux demande à être débarrassé de sa hernie, je ne vois aucune raison pour le lui refuser, toujours certaines conditions d'âge et de cachexie étant mises à part. Comme les congénitales comptent parmi les plus redoutables, entre les hernies, elles donneront certainement plus souvent l'indication de l'opération que les autres.

C'est là, sans doute, une manière très large de considérer l'opération. Si le temps me permettait de développer ma pensée, vous verriez, sans doute, que je suis encore plus libéral que je ne parais et qu'il serait plus juste de dire que, d'une manière générale, j'admets l'indication d'opérer les hernies en réservant quelques contre-indications.

A ce propos, M. Trélat ne sera pas surpris de me trouver plus avancé que lui. Nous sommes d'accord sur bien des points qu'il a excellemment développé devant nous. Mais il fait, pour la hernie congénitale des jeunes sujets, une réserve que je ne saurais admettre ; il nous dit : si la hernie est réductible et ne cause pas d'accident, il ne faut pas l'opérer.

Quoique je n'opère pas de très jeunes enfants, je crois qu'il y a néanmoins des enfants sans accidents auxquels l'opération rendra un service capital. J'ai opéré un enfant de sept ans qui avait porté des bandages sans succès, chez lequel de l'eau descendant dans le sac, rendait le bandage insuffisant, l'enfant n'avait jamais eu d'accident sérieux. J'ai opéré de même trois enfants de quatorze ans. Je suis convaincu que, chez ces enfants, j'ai fait une excellente opération. Cette opération doit me donner des résultats durables. Dans deux cas en particulier, les enfants sont beaux, très bien constitués ; dans les deux autres, ils ont une bonne musculature. C'est un fait peut-être plus habituel avec la hernie congénitale,

qu'avec bien des hernies qui se produisent plus tard. Ces enfants, débarrassés de leur infirmité, vont prendre de l'exercice, développer leur musculature. Je suis convaincu que leur canal va se consolider. Les résultats définitifs de l'opération seront excellents; son exécution aura été très simple, et j'aurai prévenu le développement d'une infirmité dont le propre est de grandir constamment, jusqu'à des proportions considérables.

Pour toutes ces raisons, je crois inutile d'attendre des accidents de hernie, et je n'ai pas hésité à conseiller aux parents une opération dont ils se félicitent aujourd'hui.

Sur les indications de l'opération, je ne dirai rien de plus, ni sur l'opération elle-même. Il y aurait trop à dire, car ce qui caractérise l'opération de la hernie, c'est l'infinie variété des sujets et on pourrait se laisser aller à établir des règles de toutes sortes. J'ai tenu à donner des principes généraux; sur les cas particuliers, l'ingéniosité des chirurgiens aura sans cesse à s'exercer. M. Trélat vient de me parler de l'enfant que j'ai opéré pour cryptorchidie; il va très bien. C'est un cas très particulier, car, si l'opération se rattache au groupe des opérations faites pour les hernies, elle est caractérisée surtout par des mesures prises pour la descente artificielle des testicules, par des détails opératoires assez délicats sur l'efficacité desquels je ne puis être fixé dès à présent, je compte étudier à nouveau le sujet devant vous.

(*La discussion est renvoyée à la prochaine séance.*)

Rapport.

Double pied bot varus congénital. — Tarsectomie. — Guérison. — Résultats satisfaisants au point de vue de la marche.

Rapport par M. Polaillon.

M. le Dr H. Duret, notre ancien collègue des hôpitaux de Paris, actuellement professeur de clinique chirurgicale à la Faculté catholique de Lille, vous a présenté les moules de deux pieds bots qu'il a redressés par la tarsectomie.

Il s'agissait d'un enfant de 6 ans, qui avait déjà subi plusieurs ténotomies sans résultat. Les deux pieds étaient en varus équin, avec incarnation du pied autour de son bord interne. La déformation du squelette était très accentuée et portait principalement sur le cuboïde, le calcanéum et l'astragale. Le scaphoïde était si atrophié qu'il semblait manquer. En un mot, M. Duret avait affaire

à une forme très avancée, mais elassique, du pied bot varus, qui s'aceompagne toujours d'un eertain degré d'équinisme, et qui oblige le malade à marcher sur le bord externe du pied, en appuyant surtout sur la saillie formée par le euboïde.

Ces pieds bots étaient eongénitaux et d'origine paralytique. L'électrisation ne produisait aucune contraetion des museles péroniers. Les autres museles de la jambe, extenseur eommun des orteils, extenseur propre du gros orteil, jambier antérieur, trieeps sural, ne se contraetaient que faiblement sous l'influenee du eourant faradique, et leurs eontraetions avaient pour effet d'accentuer la déformation du pied.

Comme dans tous les cas analogues, la marche était très difficile. L'enfant s'avançait à petits pas, les deux jambes écartées, de façon à ne pas heurter le pied qui pose sur le sol avee eelui qui se porte en avant. Les jambes étaient atrophiées, sans saillies museulaires, et ressemblaient à deux pilons.

Avant de tenter une opération plus grave, M. Duret voulut voir si, en faisant porter la ténotomie non seulement sur le tendon d'Achille, comme cela avait déjà été fait, mais sur tous les tendons des museles rétraetés, il n'obtiendrait pas un léger redressement. Il fit done la seetion des tendons sur l'un des pieds, et comme il lui fut impossible d'obtenir la plus légère amélioration, il en conclut qu'il fallait recourir à la tarsectomie eunéiforme.

Or, cette conclusion me paraît un peu hâtive. Les pieds bots se guérissent presque toujours ehez les enfants sans opération sanglante, avee des manipulations et des appareils redresseurs à traetion eontinue. Ces moyens de traitement auraient probablement donné à notre eonfrère de Lille un résultat aussi satisfaisant que la réseetion eunéiforme du tarse.

L'opération de M. Duret fut assez compliquée ; l'enfant étant endormi et la bande d'Esmarek étant appliquée, il fit deux incisions : l'une, suivant le bord externe eommun du pied, de la pointe de la malléole externe jusqu'à l'extrémité postérieure du 5me métatarsien ; l'autre, perpendiculaire à cette dernière, vers le milieu du tarse, ayant une étendue de 5 à 6 centimètres, et ménageant les tendons extenseurs. Les lambeaux furent relevés en déeollant le périoste, et les surfaees osseuses furent mises à nu dans une étendue suffisante. Puis, à l'aide du ciseau et du maillet, l'opérateur enleva un segment eunéiforme dont le sommet répondait au bord interne du pied, en dedans de la tête de l'astragale, et dont la base siégeait sur le bord externe et sur la face dorsale. La brèche avait une étendue de 3 eentimètres et eomprenait les deux tiers antérieurs du cuboïde, une partie de la tête de l'astragale et une portion des 2me et 3me eunéiformes.

La résection osseuse terminée, il fut assez facile de faire basculer l'avant-pied et de le ramener dans l'axe ; mais l'arrière-pied restait tordu sur lui-même, et le calcanéum était toujours incliné, la face inférieure du talon regardant en dedans. M. Duret reconnut que cette fixité de l'arrière-pied tenait à la rétraction du jambier antérieur et du ligament latéral interne de l'articulation tibio-tarsienne. Après avoir coupé ce ligament, et, en outre, le tendon du jambier antérieur et le tendon d'Achille, il put détordre l'arrière-pied et réduire l'équinisme. Pour maintenir en contact les deux parties du pied, quatre points de suture osseuse, avec de forts crins de Florence, furent appliqués, et le membre, entouré d'une couche de ouate, fut placé dans un appareil plâtré.

Les deux pieds bots furent opérés de la même manière, à un intervalle de quarante jours.

Les suites de cette double opération furent des plus simples.

Voyons maintenant quel en fut le résultat. Le pied droit, opéré depuis trois mois, appuyait sur la plante pendant la marche ; le talon s'était maintenu abaissé; l'avant-pied était dans l'axe de l'arrière-pied ; tout le pied était épais et comme tombé au niveau du tarse.

Du côté gauche, la correction du pied était moins parfaite. Bien que l'enfant marchât sur une large surface de la plante, il y avait un creux au niveau du scaphoïde, et l'extrémité antérieure du calcanéum était moins descendue.

L'enfant marchait aisément et sans fatigue, mais avec un appareil orthopédique portant deux talons latéraux fixés à une semelle. Il pouvait aussi marcher sans cet appareil. Toutefois, M. Duret a pensé avec raison qu'il était nécessaire de ne pas abandonner les membres à eux-mêmes pendant la période de la croissance. Malgré la tarsectomie, une nouvelle déformation des pieds se serait certainement produite.

La Société de chirurgie a déjà eu l'occasion de discuter plusieurs fois la valeur de la tarsotomie ou de la tarsectomie, notamment à propos du travail de M. Poinsot (*Bull.*, 1880), et des observations de Beauregard, du Havre (*Bull.*, p. 766, 1882). Elle a été d'avis que ces opérations, ainsi que l'ablation du cuboïde ou de l'astragale, n'étaient réellement indiquées que chez les adultes, et que, chez les enfants, il fallait leur préférer le redressement lent par des appareils.

Les tarsectomies exécutées par M. Duret auraient donné un résultat fort incomplet, s'il s'était borné à la résection cunéiforme des os. Il a dû y ajouter la section de presque tous les tendons et la section du ligament latéral interne de l'articulation tibio-tarsienne. Or, chez les enfants, lorsque les tendons et les ligaments

rétractés ont été coupés, les os et les articulations sont assez malléables pour recouvrer peu à peu leur forme et leur direction normale, sans qu'il soit besoin de faire une résection ou une ablation osseuse.

Jules Guérin disait que, pendant l'âge de la croissance, il n'existe pas de pied bot, quelque compliqué qu'il soit, qui ne puisse se guérir par la ténotomie, la syndesmatomie, les manipulations et les appareils. Tout ce qu'ont dit Jules Guérin, Lewis Sayre et tous les orthopédistes modernes sont venus le confirmer; seulement, la guérison des pieds bots par les moyens orthopédiques exige, de la part des malades, des parents et des chirurgiens, beaucoup de temps et de patience.

Le seul avantage de la tarsectomie est de redresser un pied bot d'une manière, pour ainsi dire, extemporaire. Mais cet avantage est minime quand on considère qu'elle expose les opérés à certains dangers; qu'elle mutile le pied, et que, en définitive, elle donne un pied moins solide que celui qui a été redressé lentement par les moyens de l'orthopédie.

La tarsectomie cunéiforme doit être réservée pour le pied bot osseux des adultes.

Je propose d'adresser des remerciements à M. Duret et de déposer dans nos Archives son intéressante observation.

M. Berger. Je demanderai la parole dans la prochaine séance sur le même sujet.

Rapport verbal.

M. Polaillon fait un rapport verbal sur un travail de M. Chassinat (de Hyères), sur le traitement de l'*ongle incarné*.

Présentation de malades.

M. Berger présente deux malades auxquels il a pratiqué des autoplasties par la méthode italienne. Ces faits ont été publiés dans la dernière séance de l'Académie de médecine.

Discussion.

M. Terrier. Pendant notre voyage en Amérique, nous avons vu M. Le Fort et moi, un procédé spécial d'autoplastie pour une plaie de la main.

Le chirurgien avait taillé un lambeau, en forme de poche, au moyen de deux incisions verticales au-devant de la poitrine. La main, infiltrée dans cette poche, était disposée de telle façon que la plaie était en contact avec le lambeau soulevé. On pouvait comparer cette situation de la main à celle qui consiste à la placer dans un gilet.

La cicatrisation et l'adhérence du lambeau étaient complète; on n'avait plus qu'à sectionner les deux pédicules et à obtenir la guérison de la plaie thoracique.

M. Le Fort. Ce procédé m'a semblé curieux et intéressant à signaler. Cependant il ne m'a pas beaucoup séduit, car, dans cette position, la paume de la main doit être en contact, pendant plusieurs jours, avec la plaie saignante et suppurante du thorax, ce qui constitue une mauvaise condition pour surveiller l'état de la suppuration.

Aussi je préfère la méthode italienne modifiée par M. Berger, car on peut alors appliquer immédiatement le lambeau sur la plaie qu'on doit recouvrir.

Présentation d'instrument.

M. P. Segond. J'ai l'honneur de vous présenter un nouveau modèle de sonde pour pratiquer des irrigations antiseptiques à la suite des opérations intra-utérines (énucléations, curetages, etc.). Cet instrument, que M. Collin a construit sur ma demande, est essentiellement constitué par une sonde métallique, à bout olivaire et perforé, dont la moitié terminale est entourée par quatre valves mobiles. La forme générale de l'instrument rappelle celle du cathéter de Bazement. Son mécanisme est simple; les pièces se démontent aisément, et rien n'est plus facile que de le tenir scrupuleusement propre. Voici maintenant quelles sont, à mon avis, les qualités de cette nouvelle sonde intra-utérine :

La sonde, placée au centre de la cavité utérine, permet la projection directe du liquide sur toute l'étendue des parois qu'il faut irriguer. Les quatre valves, dont on détermine à volonté l'écartement à l'aide d'une simple virole placée vers le talon de l'instrument, tendent les parois de la cavité utérine et garantissent la pénétration du liquide jusque dans les moindres anfractuosités. Enfin, cet écartement des valves assure la béance du col, et partant la libre sortie des liquides de lavage. Ces conditions donnent, me semble-t-il, une supériorité réelle à la sonde que je vous présente,

car aucun des instruments imaginés jusqu'ici ne réalise aussi bien les avantages que procure la combinaison de l'irrigation et de la dilatation.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,
TERRILLON.

Séance du 30 novembre 1887.

Présidence de M. LANNELONGUE.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Le *Bulletin de la Société de médecine de Paris*, t. XXI, 1886;

3° *Des rapports du rachitisme avec la syphilis*, par MM. les Drs CAZIN (de Boulogne) et ISCORESCO, internes des hôpitaux de Paris;

4° Les *Rapports sur les services des enfants assistés et des enfants moralement abandonnés du département de la Seine*, envoyés par l'administration générale de l'Assistance publique ;

5° *Maladies des organes génito-urinaires de l'homme*, par M. SCHWARTZ; extrait de l'*Encyclopédie internationale de chirurgie;*

6° *Laparotomie pour les calculs biliaires*, par le Dr THIRIAR (de Bruxelles), membre correspondant étranger (Sera lu dans une prochaine séance);

7° Une lettre de M. le Dr PRENGRUEBER, qui désire être inscrit sur la liste des candidats pour la place de membre titulaire.

Élections.

Commissions pour la nomination d'associés étrangers.

Nombre de votants : 22.

MM.	Trélat	21 voix
	Polaillon	21 —
	Reclus	21 —
	Kirmisson	20 —

Ces quatre membres sont élus ainsi que le Secrétaire général.

MM. Schwartz, Pozzi, Richelot, Tillaux, Périer ont obtenu chacun 1 voix.

Commissions pour la nomination des correspondants étrangers.

Nombre de votants : 21.

MM.	Verneuil	20 voix.
	Le Dentu	21 —
	Berger	21 —
	Schwartz	21 —

Ces quatre membres sont élus ainsi que le Secrétaire général.

Commission pour l'examen des titres des candidats à la place de membre titulaire.

Nombre de votants : 22.

MM.	Horteloup	22 voix.
	Bouilly	22 —
	Nélaton	22 —

Ces trois membres sont élus.

Commission pour la nomination des correspondants nationaux.

Nombre de votants : 22.

MM.	Lannelongue	22 voix.
	Terrier	22 —
	Monod	21 —
	Quénu	21 —

Ces quatre membres sont élus ainsi que le Secrétaire général.

MM. Lucas-Championnière et Reclus ont obtenu chacun 1 voix.

Suite de la discussion sur le traitement du pied bot congénital chez les enfants.

M. Berger. M. Polaillon, dans le rapport qu'il vous a lu dans la dernière séance sur une intéressante observation du pied bot varus équin traité par la tarsectomie, par M. le Dr Duret, de Lille, a cru pouvoir établir en principe que le pied bot congénital, chez les enfants, peut être redressé par l'action des appareils, et qu'il n'est pas nécessaire chez eux de recourir à une opération telle que la résection partielle du tarse ou l'extirpation de l'astragale. Je partage, mais en faisant quelques réserves, cette manière de voir, et je crois qu'en règle générale le pied bot varus équin peut recevoir une correction suffisante et durable par l'application d'appareils orthopédiques, institués et surveillés avec soin; que l'on soit ou non contraint de faciliter l'emploi de ces moyens par la ténotomose du tendon d'Achille seule ou associée à la section de l'aponévrose plantaire. Telle est la règle, au moins dans la première enfance, et je crois qu'il doit être très rare de trouver une déviation qui résiste à ce traitement s'il a été entrepris dès les premiers temps de la vie et appliqué avec assez de persévérance.

Il est néanmoins des cas où, soit que la déformation du squelette soit déjà trop accusée, soit que le début du traitement eût été différé trop longtemps, l'on échoue dans ces tentatives orthopédiques et où l'on est forcé de recourir de bonne heure, dans l'enfance même, à une intervention chirurgicale plus sérieuse.

C'est ce qui m'est arrivé pour un petit malade que je vais vous présenter dans un instant, et sur lequel, après avoir conduit moi-même le traitement orthopédique avec persévérance pendant des années, y avais joint la section du tendon d'Achille et des aponévroses plantaires, j'ai dû pratiquer l'extirpation de l'astragale sur le pied droit et sur le pied gauche.

Il y a plus de cinq ans que j'ai entrepris le traitement de ce petit garçon; je remplaçais alors (en 1882) M. Gosselin, à l'hôpital de la Charité, je fis entrer dans mon service l'enfant qui présentait un double varus équin, plus prononcé à gauche qu'à droite, mais tel, de l'un et de l'autre côté, que dans la marche le pied ne reposait sur le sol que par sa face dorsale. Je commençai par sectionner les deux tendons d'Achille, ce qui me permit de corriger l'altération du talon; puis, dans la même séance, je fis la section sous-cutanée des aponévroses plantaires pour détruire l'enroulement du pied, mais je ne réussis que très incomplètement. Après quelques semaines, pendant lesquelles le redressement obtenu fut maintenu par des appareils plâtrés appliqués aussitôt après l'opération, je substi-

tuai à ces appareils deux appareils orthopédiques à semelles fixées sur des tuteurs articulés se manœuvrant avec des vis de pression.

Ces appareils présentaient toutes les garanties désirables ; payés par des personnes qui s'intéressaient à l'enfant, ils furent beaucoup plus soignés dans leur exécution que ceux que l'Assistance publique peut donner aux indigents. J'en surveillai moi-même l'application, et soit à l'hôpital, soit à la maison des diaconesses, soit chez ses parents, je suivis le petit malade pendant plus de quatre années. Je puis donc affirmer que durant ce temps, et surtout pendant les premières années où ces appareils furent portés, le traitement orthopédique fut rigoureusement et très strictement appliqué. Tous ces soins aboutirent à un insuccès presque complet.

L'équinisme fut corrigé, mais le renversement du pied en dedans et son enroulemeut autour de son bord interne persistèrent de telle façon que le pied gauche, le plus dévié, reposait dans la marche sur le bord externe de sa face dorsale, la tête de l'astragale luxée et recouverte d'une bourse séreuse, venant appuyer sur le sol, tandis que le pied droit, moins dévié, s'appuyait sur le sol par toute la longueur de son bord externe. Un moulage, exécuté par M. Barette, montre quelle était, il y a quelques mois, la déformation et l'attitude du pied gauche.

Au commencement de cette année, je pratiquai l'extirpation de l'astragale du côté gauche. L'expérience, pratiquée suivant les préceptes de M. E. Bœckel[1], fut très facile; ses suites furent nulles : ni suppuration ni fièvre. Le pied avait été pansé à l'iodoforme et immobilisé rigoureusement dans un appareil plâtré.

Le résultat, quoique constituant une amélioration notable, ne répondit pas entièrement à mon attente. Au cours de l'opération même, j'avais d'abord été disposé à joindre à l'extirpation de l'astragale, qui était totalement luxé, la résection d'une partie du squelette externe du pied par une section cunéiforme comprenant l'extrémité antérieure du calcanéum et peut-être le cuboïde : je me laissai détourner de ce projet, le redressement obtenu par l'extirpation de l'astragale m'ayant paru suffisant; mais, après la guérison, je pus m'assurer que si le varus, le renversement du pied en dedans, était corrigé de même que l'équinisme, que si, dans la marche, le pied pouvait s'appuyer sur le sol par toute sa face plantaire, l'enroulement du pied autour de son bord interne n'en persistait pas moins, car il était dû à l'inégale longueur du bord interne du pied, beaucoup plus court, et du bord externe

[1] *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, nouv. série, t. IX, p. 325; 18 avril 1883.

beaucoup plus long que l'autre. Pour remédier à cet état de choses, pour dérouler le pied, lui donner une conformation aussi bonne que possible et faciliter encore la marche, il me faudra revenir à l'emploi des appareils.

Quoique ce résultat ne fût pas parfait, il était assez encourageant pour me déterminer à pratiquer la même opération sur le pied droit, le moins dévié. Cette seconde opération a été faite il y a trois mois et demi environ. Elle fut un peu plus laborieuse que la première; ayant fait une incision insuffisante des parties molles, je fus amené à fragmenter l'astragale pour l'enlever. Les suites néanmoins furent tout aussi simples et le résultat beaucoup meilleur, puisque le pied a repris une forme presque normale et que la marche n'est gênée de ce côté que par l'absence presque complète du talon, toute la partie postérieure du calcanéum n'existant pour ainsi dire pas.

Je soumets ce résultat à votre appréciation; au point de vue de l'opération, on peut conclure du cas précédent, à la simplicité extrême de l'acte chirurgical et de ses suites, et à un redressement très effectif de la déformation, redressement qui reste néanmoins insuffisant quand l'enroulement du pied autour de son bord interne a atteint des proportions extraordinaires.

Je reviens à la proposition émise par M. Polaillon, proposition que j'adopte tout en faisant quelques réserves sur la portée peut-être trop générale que lui donne notre collègue : elle comporte des exceptions; l'observation que je viens de vous communiquer en est une preuve authentique. Je conclus donc que, si chez la majorité des enfants, le pied bot varus équin peut être redressé par l'emploi des appareils auxquels il faut joindre, si cela est nécessaire, la ténotomie du tendon d'Achille et la section sous-cutanée de l'aponévrose plantaire, que si ce traitement a d'autant plus de chances de succès qu'il est entrepris à un âge moins avancé, il est cependant des cas de déviation extrême et invétérée, même chez les enfants, où l'on est obligé de recourir aux opérations sanglantes, notamment à la résection de l'astragale, qui peut donner, dans ces conditions, un excellent résultat.

M. Trélat. Il existe des cas de pieds bots très accentués et invétérés, qui ne peuvent être redressés, ni par les sections tendineuses multiples, ni par les appareils. Généralement il s'agit alors d'enfants déjà âgés, dont l'ossature est assez dure et ne peut se prêter facilement aux redressements produits par les appareils à traction. Cependant, je crois qu'en dehors de ces cas extrêmes, le plus grand nombre de pieds bots peut être redressé par l'emploi des appareils après sections tendineuses. C'est la traction de caout-

chouc, adapté à un appareil approprié, qui m'a toujours semblé la meilleure méthode.

J'ai présenté l'année dernière, à la Société de chirurgie, un appareil construit par M. Collin (avec figures), au moyen duquel j'ai obtenu un très beau résultat. Ces appareils à traction en caoutchouc sont très supérieurs aux appareils ordinaires munis de vis, qui ne donnent jamais une action aussi puissante, en même temps aussi dure et aussi certaine.

Pour ce qui est des tendances, je ne partage pas l'avis de M. Berger, qui consiste à redresser de suite le membre après la section des tendons. Je préfère ne faire ce redressement et appliquer un appareil orthopédique préparé d'avance, que quelques jours après l'opération.

M. Reclus. J'ai opéré un enfant dont l'observation est pour ainsi dire superposable à celle de M. Berger.

Cet enfant portait un varus équin. J'avais fait disparaître l'équinisme arqué par la section du tendon d'Achille et de l'aponévrose plantaire, cependant le varus paraissait et l'enfant ne marchait que sur la tête de l'astragale, tellement le pied était renversé en dedans.

J'ai réséqué l'astragale et le tendon est très bon. Cependant le pied conserve encore une certaine concavité au niveau de son bord interne.

M. Terrillon. Je vous présenterai dans la prochaine séance les moules en plâtre représentant les pieds d'un enfant de 15 ans, auquel j'ai enlevé les deux astragales et sectionné les deux tendons d'Achille, pour deux pieds bots varus équins très prononcés. Le résultat est parfait et l'enfant marche très bien sur la plante des pieds.

M. Polaillon. Dans les cas dont on vient de parler, il est probable que le résultat obtenu après les tendances avait été incomplet ou même nul, parce qu'on n'avait pas employé avec persévérance les appareils à redressement, analogues à ceux de M. Trélat.

Ces appareils sont excellents, je les ai souvent employés avec succès, mais il est dommage qu'on n'en use pas plus souvent.

M. Th. Anger. J'emploie souvent les appareils en caoutchouc, à propos desquels j'ai fait une étude complète ; entre autres, j'ai vu, il y a cinq ans, un enfant pour lequel j'avais employé, pendant plusieurs années, un de ces appareils pour le pied varus équin ; il a actuellement 16 ans et marche très bien.

Suite de la discussion sur la cure radicale des hernies.

M. Léon Lefort. Depuis de longs siècles, on s'est ingénié à trouver le moyen de guérir les hernies par des opérations, et la thèse si remarquable de M. Segond nous montre combien de fois, dans ce siècle même, on a cru avoir trouvé le moyen de guérir radicalement cette désagréable et trop souvent dangereuse infirmité. Jusqu'à présent, les espérances un instant conçues ne se sont pas réalisées ; il est à croire que celles que l'on conçoit aujourd'hui ne se réaliseront pas davantage ; j'ai la conviction que l'enthousiasme actuel cédera devant l'expérience des faits, aussi n'aurais-je pas pris la parole, si cet enthousiasme n'avait pas été poussé jusqu'à présenter comme prouvées des assertions que je crois fausses et qui peuvent devenir un danger pour les malades trop confiants.

La Société de chirurgie sert de guide à la grande majorité des praticiens ; il ne faut pas qu'ils soient entraînés jusqu'au delà de la mesure par la lecture de nos discussions. On a dit, tout d'abord : il faut opérer les hernies congénitales ; puis on est arrivé à dire qu'il faut opérer toutes ou presque toutes les hernies et, dans la dernière séance, M. Lucas-Championnière est allé jusqu'à dire que l'opération de la cure radicale *est moins dangereuse que le bandage lui-même*. Je ne saurais souscrire à de pareilles exagérations.

Et tout d'abord, Messieurs, ne trompons pas nos confrères, les malades et nous-mêmes, par ce mot de cure radicale. Non, l'opération ne guérit pas radicalement la hernie. La guérison, pour être radicale, pour mériter le nom de radicale, doit être complète, c'est-à-dire que le malade doit être débarrassé de la nécessité de porter un bandage ; la guérison doit aussi être permanente et, par conséquent, ne pas être suivie de récidive. On ne peut donc pas dire que l'on fait la cure radicale, lorsque l'opération, sans supprimer la hernie, n'a d'autre but que de permettre de maintenir par un bandage cette hernie qu'aucun bandage ne pouvait jusque-là contenir ; la cure n'est pas radicale, même dans les cas simples, puisque dans la plupart de ces cas le malade, après l'opération, est encore obligé de porter un bandage.

Sans doute, il est un certain nombre de cas dans lesquels, après l'opération, le malade a pu s'exempter du port d'un bandage. L'opération mériterait alors le nom de radicale, à la condition, toutefois, que la récidive n'ait pas lieu. Or, l'opération, telle qu'on la pratique aujourd'hui, n'est pas de date assez ancienne pour qu'on puisse affirmer que la guérison est assurée, que la récidive n'aura pas lieu et même n'a pas eu lieu. La plupart des malades ont été opérés à l'hôpital, et nous savons tous par expérience combien il est

difficile de savoir ce qu'ils deviennent; même lorsqu'on se donne la peine de se mettre à leur recherche, il est le plus souvent impossible de retrouver ces ouvriers, toujours quelque peu nomades, qui logent en garni et changent de quartier suivant la situation de l'atelier où ils trouvent de l'ouvrage à leur sortie de l'hôpital. C'est ce qui m'est encore arrivé hier en recherchant un malade sur lequel j'avais pu réduire une hernie sus-ombilicale, jusque-là irréductible, hernie que j'avais pu maintenir par un bandage dont j'avais moi-même fabriqué la pelote. Le malade ayant été opéré depuis de la cure dite radicale par M. Terrier, j'ai voulu savoir ce qu'il en était advenu, je n'ai pu le retrouver. Il eût donc fallu, pour entraîner la conviction, nous donner les observations des malades; il eût fallu nous donner les résultats plusieurs années après l'opération. Les documents nous font à peu près complètement défaut, et quand ils existent, ils ne prouvent qu'une chose, c'est que la guérison n'a pas été radicale. Je n'ai pas ici à citer les statistiques de Julliard et encore moins celles qui ont trait aux anciens procédés d'invagination, je me borne à renvoyer à la thèse de notre collègue M. Segond.

La difficulté, sinon l'impossibilité, de guérir radicalement la hernie par une opération se comprend facilement quand on se rend compte du mécanisme de sa formation. Le péritoine, jusque-là intact dans une hernie non congénitale, s'est laissé distendre, s'est laissé attirer de proche en proche à travers l'anneau, d'abord fermé ou presque fermé, mais qui s'est peu à peu entr'ouvert, dilaté, et vous voulez que, parce que vous aurez fait une cicatrice à ce péritoine, parce que vous aurez induré par l'inflammation et rendu plus adhérent le tissu cellulaire sous-péritonéal, vous ayez pour toujours empêché ce glissement, ce déplissement du péritoine, alors que vous n'avez pu qu'incomplètement rapprocher, même en les suturant, les parois écartées du canal? L'expérience montre que cet espoir ne se réalise pas ou du moins ne se réalise qu'à titre absolument exceptionnel.

Le mot de cure radicale est donc un mot qu'il ne faut pas employer. Sans doute, on pourrait avec plus de raison lui substituer le nom de cure chirurgicale, qui peut aussi bien s'appliquer à la cure palliative que j'examinerai tout à l'heure; mais il n'y a pas seulement une question de mot, et il faut bien conserver le nom de *cure radicale*, lorsqu'on oppose l'opération au traitement palliatif par le bandage et qu'on veut la substituer à ce traitement palliatif.

L'opération, dit M. Lucas-Championnière, est moins dangereuse que le bandage lui-même. Je ne puis souscrire à une pareille proposition. Il est incontestable que le port irrégulier d'un bon bandage, que le port régulier d'un mauvais bandage, qui ne contient

pas la hernie, ou la contient mal, est une cause fréquente d'étranglement herniaire. Ne confondons pas, messieurs, la mauvaise application d'une méthode avec la méthode elle-même, et n'oublions pas que nous avons à diriger la conduite des confrères qui exercent dans la pratique civile et n'ont pas seulement à traiter des indigents. Que se passe-t-il à Paris ? L'administration adjuge au rabais la fourniture des bandages; le prix d'adjudication est déjà peu élevé et les rabais faits par les adjudicataires sont tellement considérables qu'ils ne peuvent fournir que des bandages absolument défectueux.

Peut-il en être autrement, quand on leur voit fournir à 2 fr. 50 ou 3 francs des bandages qui, lorsqu'ils sont convenablement fabriqués, sont vendus par eux, dans leur clientèle ordinaire, à un prix dix fois plus élevé. De plus, ces bandages sont tous construits sur trois ou quatre types différents, et il faut qu'ils s'accommodent à tous les bassins, à toutes les hernies, et que toutes les hernies soient contenues par l'un ou par l'autre de ces bandages. Ce n'est que dans des cas absolument exceptionnels que nous prescrivons les bandages spéciaux, qui, ceux-là, échappent aux conditions de l'adjudication.

Le plus souvent, au bureau central, l'adjudicataire place lui-même le bandage hors du contrôle du chirurgien, et il se garde bien de faire sérieusement tous les essais qui pourraient montrer que la hernie est insuffisamment maintenue. A l'hôpital, depuis que, pour éviter des retards dans la délivrance de l'appareil et un déplacement aux bandagistes fournisseurs, on a institué un dépôt de bandages, c'est un employé de l'hôpital qui les délivre sur nos bons, qui les essaye, les applique, et le plus souvent, quel que soit notre désir de contrôler cette partie du service, les bandages sont délivrés hors de notre présence. Le malade, dès qu'il a le bandage prescrit, s'empresse de quitter l'hôpital, et n'attend pas la visite du lendemain. Ce n'est pas tout encore, même lorsque le bandage est capable de maintenir la hernie, même quand nous en avons surveillé l'application, le malade, une fois sorti de nos mains, l'applique mal, le place sur sa hernie sans même se donner la peine de la rentrer.

D'autres fois, au lieu de venir demander un bandage à l'administration, il se contente d'acheter chez un brocanteur un bandage d'occasion. On conçoit que dans ces circonstances l'étranglement herniaire puisse être fréquent, et l'on pourrait être autorisé à dire que le bon bandage est dangereux. Malgré cela, quelle est à Paris la fréquence des hernies étranglées ? Nous le savons en ce qui concerne les hôpitaux, d'une manière certaine, pour les années 1861, 1862, 1863, car pendant ces trois années les relevés hospitaliers

ont été faits d'une manière très sérieuse, tous les contemporains le savent. M. Berger vous a déjà dit le chiffre des morts ; le chiffre des opérations pour les années de 1861 à 1863 à été en moyenne de 58, mettons en chiffre ronds 60. Or, des recherches si intéressantes de Malgaigne, il résulte que la moyenne générale des hernieux de tout âge est, en France, de un sur vingt, ce qui donnait, à l'époque de Malgaigne, un chiffre de 1,600,000 hernieux ; diminuons cette proportions de moitié, et nous aurons encore un chiffre de 50,000 hernieux pour la population parisienne ; de 20,000, au moins, pour cette partie de la population qui, en cas d'étranglement herniaire, vient réclamer le secours de l'hôpital, et l'on peut dire, sans crainte de s'éloigner beaucoup de la vérité, que malgré les bandages mal faits, mal placés, mal portés, la proportion annuelle des accidents d'étranglement n'est que de deux sur mille.

Or, il ne s'agit pas seulement, dans notre discussion, de la population indigente de Paris ; il s'agit de toute la population française, riches comme pauvres ; or, dans la pratique civile, chez les personnes ayant acheté chez un bandagiste un bandage approprié, chez celles qui ont pu recevoir les conseils du médecin, conseils généralement suivis dans ces cas, l'étranglement herniaire est un accident rare, exceptionnel, si on le compare surtout au chiffre des hernieux. On n'a donc pas le droit de dire que le bandage est dangereux et surtout qu'il est plus dangereux que la cure dite radicale.

C'est le point qu'il me faut examiner : « Tous les vieux clichés, dit M. Richelot, mettent en balance la maladie, qui peut-être n'amènera pas d'accidents, avec l'opération, qui comporte certains dangers. » Oui, c'est un vieux cliché, il est vieux comme l'honnêteté humaine, comme l'honnêteté chirurgicale ; il est vieux comme ce principe de toute morale, qui veut qu'on ne fasse pas pour les autres ce que l'on ne ferait pas pour soi-même, et j'espère, je suis sûr que ce vieux cliché sera la règle constante de tous les chirurgiens, de M. Richelot lui-même, et c'est avec ce vieux cliché que je juge l'opération. A partir de l'âge de 40 ans, la proportion des hernieux est de un sur sept ; de nombreux chirurgiens sont atteints de hernie ; sur les centaines d'observations de cure radicale, je n'en vois pas encore une seule qui se rapporte à un chirurgien.

J'ai montré, et, d'ailleurs, nous savons tous, que dans l'immense majorité des cas, et sauf des exceptions que j'examinerai tout à l'heure, un bandage bien construit, régulièrement appliqué, met à l'abri des accidents. On nous parle des succès de la cure radicale ; qu'on nous les montre, qu'on nous soumette les malades guéris, débarrassés de l'ennui de porter un bandage, ayant depuis plu-

sieurs années repris leurs occupations ordinaires, se livrant sans inquiétudes aux manœuvres de force, et nous pourrons croire alors que, cette fois, la cure radicale n'est pas un leurre.

Ce qu'il faudrait surtout nous montrer, c'est que l'opération ne comporte pas certains dangers. L'expérience prouve que ces dangers sont réels, et je ne reviens pas sur les statistiques qu'a citées M. Berger. M. Lucas-Championnière nous dit que, sur une soixantaine de cas, il n'a pas eu l'ombre d'accidents. Je le félicite de son bonheur, mais pour arriver à cent, il lui faut faire encore une quarantaine d'opérations, et qui sait ce que l'avenir lui ménage. J'admets sans peine que son habileté personnelle, les précautions dont il s'entoure contribuent à ses succès ; mais il ne peut avoir le monopole de l'opération ; des chirurgiens habiles, expérimentés ont eu des accidents ; ne peut-on pas craindre que ces accidents seraient plus nombreux encore, si l'opération, entrée dans la pratique courante, était faite par tous les praticiens ?

Je m'élève donc fortement contre l'idée de la cure radicale appliquée à toutes les hernies quelles qu'elles soient, et se substituant au traitement palliatif par les bandages.

On a proposé l'opération comme s'appliquant, même dès l'enfance, à toutes les hernies congénitales. Je suis ici de l'avis de M. Berger, et, du reste, de l'avis de tous ceux qui se sont occupés sérieusement du traitement palliatif des hernies et en particulier de Malgaigne. En dehors des cas exceptionnels, des cas se compliquant d'ectopie testiculaire, un chirurgien au courant de la question, ayant à traiter un malade qu'il peut suivre et qui peut faire les dépenses qu'entraîne le renouvellement des bandages et les modifications qu'ils réclament, peut et doit guérir toutes les hernies inguinales chez les sujets âgés de moins de 15 ans. Quelquefois cependant, chez ce malade guéri, le bandage est conservé, tantôt parce que la pression du bandage, tout en fermant l'anneau, a amené un certain affaiblissement ou un manque de force dans le développement de la paroi abdominale ; tantôt parce que le malade se refuse par prudence ou par timidité à quitter un bandage, dont il a pris l'habitude et qui ne lui cause aucune gêne.

Y a-t-il cependant des cas où la cure radicale doit être tentée ? Je réponds par l'affirmative, mais ces cas sont exceptionnels. Lorsqu'une hernie inguinale congénitale se complique d'ectopie testiculaire, il est parfois fort difficile de faire confectionner un bandage qui la contienne et n'expose pas le testicule à des froissements douloureux et souvent dangereux. Lorsque cette circonstance se rencontre, lorsque le testicule, sans même être froissé par le bandage lui-même, est serré à l'anneau, qu'il est le siège ou

le point de départ de douleurs vives, la cure chirurgicale est indiquée, je crois qu'il faut alors faire l'opération complète, et, s'il ne s'agit que d'une hernie unilatérale, pratiquer l'ablation du testicule.

Pour les hernies de l'adulte, je crois que l'opération est également justifiée dans quelques circontances; mais je n'accepte pas la formule trop générale donnée par M. Trélat. Il admet l'opération si la hernie n'est pas *complètement, constamment, facilement* contenue par un bandage; le mot *complètement* contenue suppose que toutes les hernies irréductibles sont passibles de l'opération. Je ne partage pas cet avis. J'admets que le chirurgien ait fait toutes les tentatives rationnelles pour obtenir la réduction ; c'est, du reste, ce que fait M. Trélat, et il l'a fait quelquefois avec succès. Cependant, malgré ses tentatives, la réduction n'est pas obtenue, il reste une masse épiploïque irréductible. Faut-il opérer toujours ? Je ne le crois pas. Lorsque l'épiplocèle est petite, lorsqu'elle ne paraît pas se compliquer d'une petite entérocèle, lorsqu'il n'y a pas de douleurs, lorsqu'on peut croire que l'épiplocèle adhérente forme comme un bouchon dans le canal, un bandage à pelote concave suffit et il ne faut pas opérer. Mais si la masse épiploïque est quelque peu volumineuse ; si elle s'accompagne ou paraît s'accompagner d'entérocèle ; si l'application d'un bon bandage n'empêche pas l'apparition de douleurs abdominales, il faut, dans ces cas, craindre que l'inflammation de l'épiplocèle n'amène l'étranglement de la hernie intestinale ; craindre que l'intestin ne s'étrangle sous des brides épiploïques, et dans ce cas l'opération est tout à fait justifiée. Ce ne sera pas encore la cure radicale, puisqu'un bandage sera nécessaire, mais on aura rendu un grand service au malade, en transformant un hernie douloureuse et dangereuse en une hernie simple, peu dangereuse et facilement contenue.

Le mot *constamment* demande une rectification ou tout au moins une explication. Je ne suppose pas que M. Trélat regarde comme relevant de l'opération toutes les hernies qui, facilement réductibles, sortent lorsque le malade retire momentanément son bandage, ne serait-ce que pour se mettre au lit ; dans ce cas, la plus grande partie des bubonocèles et des orchéocèles, presque la totalité des hernies ombilicales, seraient passibles de la cure chirurgicale. Je suppose que M. Trélat a voulu parler des hernies qui deviennent parfois et pour quelques jours irréductibles. Je pourrais être alors de son avis, car la réapparition plus ou moins fréquente de cette irréductibilité temporaire constitue un danger sérieux et si, après s'être ingénié à faire construire un appareil approprié, le chirurgien ne peut empêcher la hernie de sortir malgré le bandage, de devenir de temps en temps et temporaire-

ment irréductible, de présenter des accidents de douleurs et d'inflammation, je crois cet état de choses plus dangereux qu'une opération, laquelle permettra l'application d'un bandage efficace.

J'en dirai autant du troisième terme de la formule de M. Trélat. Il faut, dit-il, que la hernie soit *facilement* contenue. Ce terme est vague. La facilité de contention ne dépend pas seulement de la hernie, elle dépend aussi de la construction plus ou moins bonne du bandage qui doit opérer cette contention et par conséquent du chirurgien qui prescrit le bandage.

J'ai la mauvaise habitude de dire ce que je crois être la vérité et je crois que les chirurgiens sont un peu responsables de la non-contention de certaines hernies. Trop souvent, le chirurgien qui, dans la pratique civile, prescrit le port du bandage, se contente de faire une ordonnance dans laquelle il porte son diagnostic, spécifie s'il faut un bandage français, anglais, de Dupré, de Fichot ou telle autre variété, mais il ne va pas plus loin; le plus souvent il n'assiste pas aux essais du bandage et trop souvent même le malade ne vient pas lui soumettre le bandage qui lui a été livré; cela est encore acceptable pour des hernies simples; cela ne suffit plus quand il s'agit des hernies quelque peu difficiles à contenir.

J'ai été sur ce point élevé à l'école de Malgaigne. Malgaigne ne prescrivait jamais un bandage sans spécifier en même temps les indications générales, la force du ressort, la forme de la plaque. Dans les cas difficiles, il fabriquait lui-même le modèle de la pelote qu'avait seulement à copier le bandagiste.

Dix sept mois de service volontaire à la consultation spéciale du bureau central, une pratique déjà malheureusement assez longue m'a montré combien Malgaigne avait raison et combien on peut souvent maintenir, avec un bandage approprié, des hernies que les chirurgiens et les fabricants de Paris les plus autorisés ne parvenaient pas à maintenir. S'il s'agit d'un cas ordinaire, je me contente d'indiquer la variété du bandage, la forme de la pelote, le point d'application du ressort et sa force, mais si la hernie est difficile à maintenir, on ne peut s'en rapporter au bandagiste. Je réduis la hernie, j'applique sur l'anneau une plaque de gutta-percha ramollie par la chaleur et je prends une empreinte, en la modelant sur place avec les doigts. Sur ce premier moulage, j'en prends un second en plâtre et je le régularise en ajoutant ou en retranchant du plâtre. Puis je fais un contre-moule et, entre ces deux valves de plâtre, il me suffit de placer un feuille de feutre plastique ramollie par la chaleur, et de serrer les deux moules dans un étau ou une presse à copier, pour obtenir une pelote rigide et d'une forme spéciale. Il ne me reste plus alors qu'à étudier, par des essais

répétés sur le malade, à quel point de la pelote doit venir s'insérer le ressort.

En agissant ainsi, on arrive, je le répète, à maintenir sans pression exagérée, sans gêne notable pour le malade, des hernies qu'on aurait cru ne pouvoir maintenir et c'est en cela que le mot *facilement* de la formule de M. Trélat est un peu vague, car la contention difficile avec un appareil devient facile avec un autre.

En résumé, je soutiens que la hernie de l'enfance, que la hernie avant l'âge de 15 ans, peut et doit être guérie par le port d'un bandage. Pour ces hernies, la cure chirurgicale est une opération que je repousse énergiquement ; je ne fais exception que pour celles d'entre elles qui présentent des accidents, ou qui, accompagnées d'ectopie, sont difficilement maintenues par un bandage.

Pour les hernies de l'adulte, je repousse non moins énergiquement la cure dite faussement radicale, en tant que se substituant au traitement palliatif par les bandages; mais comme la majorité de nos collègues, je l'accepte pleinement dans les cas de hernies difficilement contenues et devenant parfois irréductibles ; dans ceux où une épiplocèle irréductible s'accompagne de douleurs, se complique quelquefois d'inflammation, ou lorsque, malgré le port d'un bandage à pelote concave, le volume de la hernie continue à augmenter. Je l'accepte en un mot, lorsque l'application d'un bandage approprié est insuffisante, lorsque le traitement palliatif laisse craindre l'apparition ou le retour d'accidents plus dangereux que ne le serait l'opération elle-même. On n'obtiendra pas la cure radicale; mais une cure palliative qui ne soustraira pas le malade à l'ennui du bandage, mais le mettra à l'abri des douleurs parfois intolérables, d'une incapacité marquée pour tout travail de force, de dangers toujours imminents et d'une opération bien autrement grave: celle de la hernie étranglée.

M. Trélat. Il y a entre l'opinion de M. Le Fort et la mienne quelques dissidences, sur lesquelles je demande à m'expliquer.

M. Le Fort a, je crois, exagéré le rôle des bandages et leur utilité, d'autant plus qu'il y a bandages et bandages.

Dans les cas difficiles et surtout dans les grosses hernies, je ne dirai pas qu'on ne puisse les maintenir avec des bandages larges, bien appliqués et puissants. Mais alors ces bandages sont gênants, douloureux, souvent difficiles à supporter. Les malades sont obligés de les quitter pendant la nuit, de les abandonner même quand la douleur est trop vive, aussi le but pour lequel on les recommande n'est plus atteint. Aussi voit-on souvent, malgré ces bandages, les hernies augmenter de volume, devenir plus difficiles à maintenir, l'épiploon devient plus prédominant dans le sac,

bientôt l'irréductibilité presque absolue ou la difficulté de la contention deviennent irrémédiables par le bandage.

Telle est l'histoire d'un assez grand nombre de hernieux qui ont cependant porté un bandage avec persévérance.

Ici, la formule que je vous ai proposée dans la dernière séance a son application complète; et je crois qu'il faut opérer cette hernie qu'on ne peut retenir. Je connais deux malades, des hommes de 20 et de 25 ans, chez lesquels j'ai pu arriver à faire supporter un bandage, mais c'est au prix de nombreux essais. Au début, il était moins supporté à cause de sa résistance, maintenant la hernie sort moins facilement, le bandage employé est plus doux et mieux supporté. C'est la meilleure condition de l'usage suffisamment long du bandage. Aussi, vous voyez que je ne nie pas l'effet utile et solidaire des bandages, et que je m'en sers volontiers, puisque, comme vous le voyez par ces exemples, ils peuvent améliorer une hernie, la rendre supportable et finalement bien réduite et facile à maintenir.

Jugez à côté de cela les faits nombreux dans lesquels un morceau d'épiploon épais remonte difficilement et ressort à la première occasion, ou à côté de lui, l'intestin peut sortir également et bientôt il est rare que ne surviennent pas des accidents.

Ceux-ci, limités au début, sont peu menaçants, on croit à un engouement, à une inflammation du sac, en un mot, à un phénomène passager.

Quelques jours se passent, les phénomènes augmentent, le chirurgien opère et trouve une anse intestinale gangrénée, ou des accidents graves. Il était trop tard.

C'est le port d'un bandage mal fait, ou ne contenant pas la hernie, qui est la cause de cette pratique déplorable qui amène souvent des résultats pareils. Opérez ces hernies, guérissez-les, quand ce ne serait que momentanément, et transformez-les au moins en hernies plus simples, moins accessibles aux accidents, vous aurez fait une bonne opération.

En les opérant, vous les exposez moins que en leur laissant leur hernie avec tous les accidents possibles que je viens de vous décrire.

M. Polaillon. M. Le Fort me paraît un peu sévère pour l'opération de la cure radicale. Il lui reproche de n'être que palliative et d'exposer à coup sûr à une récidive. Mais beaucoup d'opérations chirurgicales sont dans le même cas. Elles ne constituent pas un état de santé parfait; elles rendent seulement une infirmité ou une maladie moins pénible.

Quant à moi, je pense que l'opération appelée cure radicale des

hernies est une bonne opération dans certains cas déterminés.

Je l'ai pratiquée plusieurs fois pour des hernies difficiles à supporter, difficiles à contenir, ou incoercibles. En 1883, j'ai présenté à l'Académie de médecine un malade chez lequel j'avais pratiqué cette opération (*Bull. de l'Acad. de méd.*, p. 1016, 28 août 1883). Je m'étais borné à suturer l'anneau iuguinal, sans exciser le sac et sans suturer le péritoine au niveau de son collet. Ce procédé était défectueux. Néanmoins, mon opéré fut si bien guéri, qu'il fut pris pour le service militaire. Mais, peu à peu, la hernie se reproduisit, parce que le sujet en question se livrait à des exercices violents sans porter le bandage prescrit. Si la hernie a récidivé, la faute en est au malade lui-même. La cure radicale d'une hernie ne donnera jamais l'assurance qu'une nouvelle hernie ne se reproduira pas, si on ne prend pas les précautions nécessaires pour la prévenir.

J'ai présenté ici même un autre malade (*Bull. de la Soc. de chir.*, 29 avril 1885) guéri par la cure radicale d'une énorme hernie inguinale congénitale qui descendait jusqu'au-dessous du milieu de la cuisse. Dans ce cas, j'avais pratiqué la ligature du collet du sac, dans le trajet inguinal, puis l'excision complète du sac avec ablation du testicule ; enfin, j'avais suturé l'anneau avec quatre fils de catgut. La guérison s'est probablement maintenue, car je n'ai pas vu revenir mon opéré.

Depuis ces deux derniers faits, j'ai toujours excisé le sac et suturé le péritoine dans toutes les cures radicales que j'ai cru devoir exécuter. Je pense que c'est là le point essentiel pour obtenir un bon résultat. Quant à la suture des piliers, elle ne peut qu'être avantageuse et apporter une sécurité de plus contre la récidive, toutes les fois qu'on a affaire à un écartement considérable des piliers.

Mon dernier opéré, que je vais avoir l'honneur de vous présenter, a été guéri en dix jours. Dans cette opération, j'ai mis à profit le précepte de M. Lucas-Championnière de disséquer le collet du sac dans l'anneau et de suturer le péritoine le plus haut possible. La suture du péritoine a été faite avec des fils de catgut placés en guirlande. Il ne m'a pas paru nécessaire de suturer l'anneau fibreux. Mais, j'ai placé les fils de la suture cutanée profondément, de manière à embrasser tous les tissus qui se trouvent au-dessous de l'anneau, sauf le cordon spermatique. La guérison s'est faite sans suppuration. J'ai obtenu ainsi une colonne épaisse, solide, qui oblitère l'anneau, et qui doit former un obstacle des plus efficaces contre la production d'une nouvelle hernie.

On dit que la récidive a toujours lieu après la cure radicale. C'est une erreur. La récidive est certainement fréquente ; mais

elle ne survient pas, si l'opéré n'a pas une faiblesse congénitale de la paroi abdominale, et s'il évite les efforts qui ont amené une première fois sa hernie. C'est précisément parce que les opérés de cure radicale sont des gens à faiblesse congénitale de la paroi abdominale, qu'il est indispensable de leur faire porter un bandage, sous peine de voir les efforts être chez eux la cause d'une nouvelle hernie.

M. Verneuil. Si on veut entendre par le mot *cure radicale* une guérison complète, c'est-à-dire *restitutio ad integrum*, on commet une erreur, car jamais la cure chirurgicale des hernies ne donnera un tel résultat.

Il en est ici comme après l'uréthrotomie interne, le rétrécissement est enlevé ou dilaté après cette opération ; mais nous savons que celui-ci se reproduira ici par rétraction de la cicatrice, et qu'il faudra empêcher, par le moyen de sondages répétés, cette rétraction fatale.

De même pour la hernie opérée, il faut un bandage presque constant pour l'empêcher de se reproduire, par l'anneau primitivement élargi par la hernie, et qui reste tel, malgré tous vos efforts.

Pour ce qui est de l'opération, je l'approuve grandement, mais j'avoue que je ne la conseille que pour les hernies plus ou moins compliquées.

C'est, en effet, une opération sérieuse et qui mérite d'être faite avec une certaine crainte. Ainsi, j'ai fait opérer par deux de mes élèves, fort experts en la matière, deux hernies non compliquées, par la cure radicale.

Dans un cas, il s'agissait d'une femme qui est morte après quelques jours de *delirium tremens* aigu. Or, l'opération a été la cause certaine de l'apparition de cet accident mortel.

Chez l'homme qui a été opéré dans mon service, est survenue une série d'accidents qui l'ont mis en danger de mort.

Aussi je conclus que l'opération est assez dangereuse, et je ne m'associe pas à ceux qui prétendent que le bandage est plus dangereux que cette opération en donnant, disent-ils, une sécurité trompeuse.

(*La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.*)

Rapport

Ostéotomies pour cal vicieux.

Rapport par M. Périer.

Messieurs, vous m'avez chargé de vous rendre compte d'un travail qui vous a été présenté par M. le Dr Paul Reynier, chirurgien des hôpitaux, et qui a pour titre : *Ostéotomies pour cals vicieux consécutifs à la fracture du péroné par abduction* (fracture de Dupuytren).

Ce travail est basé sur l'observation de trois malades, chez lesquels la fracture s'était consolidée dans l'attitude vicieuse classique : le pied resté en valgus et l'axe de la jambe tombant en dedans du pied, en sorte que la marche exagérait le valgus et que le pied n'appuyait que par son bord interne ; de là une gêne douloureuse allant en augmentant, au point que deux des malades en étaient arrivés à réclamer l'amputation de la jambe, l'un après deux ans, et l'autre un an seulement après l'accident. Peut-être le troisième en serait-il arrivé à demander la même chose ; mais, chez lui, la fracture ne datait que de deux mois et demi.

M. Reynier a pensé, avec juste raison, qu'il y avait mieux à faire. Il a tenté de replacer le pied en bonne position, et, chez les trois malades, sa tentative a été couronnée de succès.

Chaque fois, il a commencé par pratiquer l'ostéotomie du péroné au niveau du cal, ou à très peu près. Le péroné étant coupé, des tentatives furent faites pour redresser le pied, et des efforts exercés pour arracher ou redresser la malléole interne. Ces efforts suffirent dans un cas (celui de la fracture récente) pour rompre le cal encore peu solide ; mais, dans les deux autres cas, ces efforts furent infructueux, la résistance se trouvant fort augmentée par l'hyperostose de la partie inférieure du tibia, au niveau de la fracture.

Dans chacun de ces deux cas, il fallut faire une seconde ostéotomie pour arriver au redressement. Ce résultat obtenu, le membre fut maintenu en bonne attitude par un appareil plâtré, composé d'une attelle postérieure et de deux attelles latérales, et soutenu jusqu'à dessication suffisante par une attelle de Dupuytren.

Chaque fois, l'opération et les pansements furent faits avec les plus rigoureuses précautions antiseptiques, et la réunion fut obtenue sans suppuration.

Il n'y eut d'accident attribuable au pansement que chez un malade, dont l'épiderme plantaire subit une macération douloureuse,

par évaporation insuffisante due à l'enveloppement par le makintosh.

Chez deux autres malades, dont il ne nous donne pas l'observation, M. Reynier a pratiqué l'ostéotomie simple du péroné avec le même succès.

Tous ses malades ont bénéficié de leur opération ; chez tous, la douleur provoquée par la marche a été supprimée, et tous ont recouvré l'usage de leur membre. L'un d'eux est entré comme infirmier à l'hôpital Saint-Louis, trois mois après avoir été opéré, et a pu faire correctement son service, qui comportait l'obligation de frotter le parquet.

Je ne crois pas avoir besoin d'insister sur l'intérêt que présentent ces observations ; vous penserez, comme moi, que la conduite tenue par notre confrère devra être imitée dans les circonstances analogues.

Je vous propose donc :

1° D'adresser des remerciements à M. Reynier;

2° De déposer son travail dans nos archives ;

3° De l'inscrire dans un rang honorable sur la liste des candidats à la place de membre titulaire.

Rapport

Fracture exposée.

Rapport par M. Périer.

M. le Dr Houzel (de Boulogne-sur-Mer) vous a adressé une observation ayant pour titre : *Fracture exposée, avec issue de la surface articulaire tibio-tarsienne gauche*; *suture ;* — *guérison*, dont vous m'avez chargé de vous rendre compte.

Il s'agit d'une femme de soixante-quatre ans, de bonne santé habituelle, ayant de grosses varices aux jambes surtout à gauche. Voici comment M. Houzel décrit l'accident dont cette femme fut victime : « Étant montée sur un escabeau, elle tombe, la jambe gauche restant engagée entre les marches supérieures; elle se fracture le péroné à 4 centimètres au-dessus de l'article, s'arrache la malléole interne, et le tibia, venant faire effort sur la peau, la déchire obliquement en une plaie de 13 centimètres de long, allant du milieu du cou-de-pied au tendon d'Achille; au travers de cette plaie, la surface articulaire du tibia sort presque tout entière, le pied étant complètement luxé en dehors.

L'articulation tibio-tarsienne avait 23 centimètres de tour, il ne restait en dehors que 11 centimètres de peau qui fût saine.

M. Houzel vit la malade presque aussitôt, il constata l'intégrité des vaisseaux et des tendons qui avaient été refoulés et écartés, il réduisit de suite la luxation et couvrit la plaie d'un linge mouillé d'eau-de-vie coupée d'eau. Une heure après, étant muni de pansements et de liquides antiseptiques, il endormit la blessée, lava l'articulation, la plaie et les alentours avec la solution phéniquée au 1/40e, sutura la malléole interne au tibia au moyen d'un gros fil d'argent qui pénétrait dans l'articulation. — Les surfaces osseuses ayant été bien affrontées, le fil fut tordu, puis l'extrémité tordue appliquée et aplatie contre le tibia. La plaie cutanée fut réunie au crin de Florence, un drain debout fut placé derrière la malléole interne. Le tout fut saupoudré d'iodoforme.

Un appareil plâtré, prenant la jambe et le pied, mais laissant à découvert la partie suturée, et renforcé en dehors par une lame de tôle, fut enfermé avec le membre dans un grand pansement ouaté de Guérin. Ceci se passait le 7 juin; le 10, le pansement étant un peu taché à sa partie déclive, la couche d'ouate la plus superficielle fut renouvelée; le 16, le drain fut enlevé, il n'y avait pas apparence d'inflammation. Le même pansement réappliqué fut laissé jusqu'au 7 juillet. A ce moment, un mois après l'accident, la réunion était parfaite, les crins de Florence furent enlevés, et le pansement, toujours le même, réappliqué, jusqu'au 20 juillet. A cette date, quarante-troisième jour, consolidation parfaite avec conservation des mouvements articulaires qui s'exécutent facilement et sans douleur.

Pendant tout le cours du traitement, on n'a pas trouvé la température supérieure à 37°,2, ni le pouls dépassant 76. La malade n'a jamais souffert, a passé ses journées sur une chaise longue d'où elle allait à son lit et réciproquement sans qu'on fût obligé de l'aider.

M. Houzel songea au fil d'argent qu'il avait laissé enfermé sous la peau, mais la malade refusa formellement de le lui laisser enlever.

Le 28 juillet, elle quittait ses béquilles. Le 3 août, moins de deux mois après l'accident, elle fit un kilomètre à pied et sans bâton pour venir montrer sa jambe à M. le professeur Verneuil de passage à Boulogne. Enfin, lors de la présentation de cette observation à la Société, la malade avait toléré depuis quatre mois son fil d'argent, sans en éprouver le plus petit inconvénient.

Pour faire ressortir toute la valeur du traitement antiseptique, M. Houzel fait suivre son observation d'un résumé de trois accidents absolument semblables, chez lesquels le résultat ne fut pas aussi heureux parce que les précautions antiseptiques avaient été nulles ou insuffisantes.

Un malade, qu'il ne vit que quatre jours après la blessure, étant en pleine septicémie aiguë avec delirium tremens, succomba le sixième jour.

Une femme de 60 ans, qui avait été soignée par des cataplasmes et

un appareil de Scultet avait, cinq semaines après, lorqu'il la vit en consultation, une arthrite suppurée et des décollements tels le long de la jambe qu'il dût l'amputer; elle guérit.

Enfin une autre femme de 51 ans, qu'il vit douze heures après l'accident, avait déjà la plaie infectée; il lui fit, après anesthésie et lavages, la réduction et la suture osseuse, mais il ne vit la malade que quatre fois en tout et ne put la traiter régulièrement; il y eut un peu de sphacèle de la peau, nécrose de la malléole que l'on dut enlever et la guérison ne fut obtenue qu'avec ankylose.

Ces quatre observations sont très nettement graduées et font ressortir, une fois de plus, l'obligation d'une antisepsie très rigoureuse, très minutieuse, dans le traitement des plaies.

Un point intéressant est l'innocuité du séjour du fil d'argent dans le tissu osseux et même dans l'intérieur de l'articulation et qui vient confirmer l'excellente pratique préconisée par notre collègue M. Berger.

Ce travail fait grand honneur au Dr Houzel, dont vous avez déjà apprécié le mérite, en le mettant, à plusieurs reprises, en bon rang sur la liste des candidats à la place de membre correspondant.

Je vous propose de lui adresser des remerciements et de déposer son travail dans nos archives.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,

TERRILLON.

Séance du 7 décembre 1887.

Présidence de M. LANNELONGUE.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine, y compris le 9e fascicule du tome XIII de nos *Bulletins et Mémoires;*

2° *Laparotomie pour calculs biliaires*, par le Dr THIRIAR (de Bruxelles), membre correspondant étranger (suit l'observation);

3° *Cystotomie sus-pubienne dans la cystite chronique douloureuse*, par le Dr Queirel (de Marseille), membre correspondant national (sera lu dans une prochaine séance);

4° *Tumeurs de l'ovaire*, par le Dr P. Segond (Extrait de l'*Encyclopédie internationale de chirurgie*, t. VII);

5° *Appareils de prothèse pour l'amputation et la désarticulation du bras*, par le Dr Gripouilleau (de Mont-Louis) (Commissaire : M. Lefort);.

6° *Réduction des luxations du pouce* (réclamation de priorité), par le Dr Felice Mari.

Communication.

Cholécystectomie. — Laparotomie pour calculs biliaires.

Par le Dr Thiriar, chirurgien des hôpitaux de Bruxelles, correspondant de la Société de chirurgie.

Lors de la première session du Congrès français de chirurgie, j'ai eu l'honneur de présenter un travail sur l'intervention chirurgicale dans la lithiase biliaire ; il était basé sur trois observations de cholécystectomie. Les trois opérés sont encore aujourd'hui en parfaite santé et se félicitent d'avoir eu le courage de se soumettre à une opération si nouvelle, qui les a débarrassés de leurs atroces douleurs. Il y a quelques mois, j'ai fait une nouvelle ablation de la vésicule biliaire chez une jeune dame souffrant continuellement depuis six ans. Cette opérée est aujourd'hui complètement guérie et n'a plus eu la moindre colique. Enfin, le 29 octobre dernier, j'ai pratiqué la laparatomie dans le but d'enlever le réservoir biliaire à un prêtre souffrant depuis vingt ans. Mais ici, au lieu de rencontrer une vésicule ordinaire, je n'en ai trouvé que des vestiges; les calculs s'étaient échappés sans causer le moindre désordre; ils se trouvaient disséminés dans la séreuse péritonéale. Cette observation, très rare, peut-être unique, m'a semblé assez intéressante et je me permets de la communiquer à la Société de chirurgie de Paris.

Le nommé B..., curé dans une des communes de l'arrondissement de Bruxelles, âgé de 52 ans, souffre, depuis vingt ans, de violentes coliques hépatiques. Son affection a débuté par de violentes douleurs siégeant à la région de la vésicule et suivies de symptômes de fièvre muqueuse. Cette première crise, très intense, a duré quelques heures et a cessé subitement. Depuis lors, sa vie a été tourmentée par une

série continuelle de souffrances. Les accès se renouvelaient très fréquemment. Ils étaient suivis de constipations opiniâtres, de décoloration des selles et d'un ictère prononcé. Toujours ils débutaient brusquement, de la même façon, duraient généralement toute une journée et cessaient subitement, souvent au milieu de la nuit. L'appétit reprenait immédiatement et, le lendemain, l'ictère apparaissait, les urines devenaient brunâtres. Le patient ne vomissait jamais pendant ces accès, mais il provoquait les vomissements en s'introduisant le doigt dans la gorge; l'expérience lui avait appris qu'il était souvent soulagé, et cela d'une manière subite, à la suite des efforts qu'il faisait pour vomir. On n'a jamais cherché sérieusement la présence des calculs dans les selles; cependant le malade croit y avoir constaté la présence « de petits graviers », mais il y a plusieurs années.

Depuis quatre mois, l'état du malade s'est considérablement aggravé. Les douleurs sont persistantes; elles présentent des exacerbations brusques et violentes. L'ictère n'a plus disparu complètement; les urines sont constamment brunâtres. Le patient ne sait plus supporter les aliments solides dont l'ingestion détermine des crises violentes; il ne prend que des liquides.

Le malade a suivi naturellement un nombre considérable de traitements. En dernier lieu, il a eu recours au lavage de l'estomac. Il s'est alors adressé à un de mes anciens élèves, le Dr Goossens, qui l'a examiné avec le Dr V. Desmeth, professeur de clinique interne à l'hôpital Saint-Jean. Deux jours avant mon intervention chirurgicale, mes deux excellents confrères voulurent bien l'examiner avec moi.

État actuel. — C'est un homme qui paraît avoir été très robuste. Il est très amaigri; les conjonctives et la peau ont une coloration ictérique prononcée. A la palpation du ventre, nous constatons que les parois en sont très flasques. On circonscrit très bien le bord inférieur du foie. Au niveau de la vésicule, la pression développe une douleur très marquée (point cystique), il en est de même à la région épigastrique (point épigastrique). L'épaule droite n'a jamais été douloureuse.

A la percussion, nous trouvons que la matité du foie, sur la ligne mamillaire externe, atteint supérieurement le bord inférieur de la sixième côte; sur la ligne médiane, elle arrive à la base de l'appendice xyphoïde; de là, elle se prolonge jusqu'à la ligne parasternale gauche, puis elle suit sa direction normale jusqu'au niveau de la partie moyenne du bord externe du muscle droit; là elle décrit une courbe à convexité inférieure pour aller reprendre la limite normale sur la ligne mamillaire. Le foie ne paraît pas engorgé, il n'est pas douloureux.

Le pouls est à 60 à la minute; le cœur et les organes pulmonaires sont normaux.

La dilatation de l'estomac, produite par des poudres gazeuses, nous démontre que cet organe a ses dimensions ordinaires.

Je pratiquai la laparotomie dans l'intention d'enlever la vésicule biliaire, le 29 octobre 1887. Mes excellents confrères et amis, le professeur Hyernaux et le Dr Lavisé, étaient mes aides principaux. Les professeurs Gross (de Nancy), Cirifaly (de Bruxelles), le Dr Pozzi

agrégé de la Faculté de Paris et le Dr Lentier (de Bruxelles) assistaient à l'opération. Une heure avant celle-ci, on avait passé au patient un lavement composé de :

Laudanum Sydenham...............	30 gouttes.
Chloral............................	2 grammes.
Eau distillée........................	60 —

Après anesthésie complète, et en suivant rigoureusement toutes les règles de l'antisepsie, je fis mon incision habituelle à ce genre d'opération le long du bord externe du muscle droit, depuis les côtes jusqu'au niveau du nombril. La cavité péritonéale étant ouverte, mon doigt rencontra immédiatement un calcul. J'agrandis alors l'incision de la séreuse et M. Hyernaux, refoulant les intestins en bas de la main gauche, souleva de la main droite le foie ; je m'orientai pour trouver la vésicule, la disséquer et l'enlever. Mais, malgré mes recherches, elle restait introuvable. Je distinguais parfaitement bien l'échancrure située sur le bord antérieur du foie, échancrure qui reçoit, à l'état normal le fond de la vésicule, mais celle-ci ne s'y trouvait pas. La face inférieure du foie n'en présentait, au premier examen, aucune trace. M. Hyernaux, cessant de refouler l'intestin et de relever le foie, je découvris bientôt un calcul à facette, gros comme une bonne féverolle, logé sous la séreuse du côlon transverse près d'une des bandelettes formées par les fibres musculaires longitudinales de cet organe. Grâce à la transparence de la séreuse qui paraissait tout à fait saine, il était facile de distinguer la forme et la coloration de ce calcul. Une petite incision sur la séreuse le fit sortir très facilement. Cette incision fut réunie par une suture de fin catgut. Bientôt après, je découvris une seconde pierre logée dans les tuniques séreuses constituant le mésocôlon ; elle fut extraite tout aussi facilement que la première. A l'aide du doigt, j'explorai alors minutieusement les profondeurs de la région et je constatai l'existence d'un amas de calculs, du volume d'un petit marron, existant au-dessus du duodénum, dans les environs du canal cholédoque. On comprend facilement que la prudence m'empêcha de constater exactement la position de ces calculs. Je m'efforçai seulement, par une douce pression, de les refouler sur la droite de façon à dégager le canal excréteur de la bile, le col étant comprimé par cette tumeur calculeuse ; c'est ce que M. Hyeruaux fit aussi en constatant l'existence de cette tumeur. En relevant fortement le foie, nous pûmes aussi distinguer des rudiments de la vésicule au niveau de la partie supérieure de la fossette cystique près du sillon longitudinal du foie. Elle paraissait tout à fait atrophiée, grosse comme l'extrémité du pouce ; *la séreuse péritonéale était absolument saine, elle ne présentait aucune trace d'inflammation ni d'irritation.*

D'après l'avis unanime de mes honorables confrères, je renonçai à toute tentative d'extraction et je procédai à la fermeture de mon incision explorative. Un solide pansement au sublimé recouvrit la région.

Les suites de cette opération furent excessivement simples.

Le lendemain, 30 octobre, le curé me déclara que, depuis bien des années, il n'avait eu une aussi bonne nuit ; il demandait avec instance de pouvoir prendre du café au lait, qu'il avala avec grand plaisir. Il n'eut pas le plus petit vomissement et, dès le lendemain de l'opération, les urines devenaient jaunes claires et la teinte ictérique des conjonctives et des téguments disparaissait. Pendant les deux premiers jours seulement, il se plaignait de ressentir des élancements à la région opérée, lorsqu'il parlait ou se remuait avec trop de vivacité. La plus haute température fut de 38°, et le pouls monta un seul jour à 80 pulsations à la minute.

Bientôt l'appétit devint très grand; le 31 octobre, il prenait du café au lait avec un jaune d'œuf le matin, et du fort bouillon avec des biscottes dans la journée. Le jeudi 3 novembre, il digéra dans la perfection un filet de bœuf de respectable grosseur et but un litre de bière forte (lambic), ce qu'il n'avait plus fait depuis plusieurs années. Le vendredi 4 novembre, il se leva toute la journée; le samedi 5, il se promenait dans l'appartement; le lundi 7 novembre, je levai pour la première fois le pansement ; tout était réuni, à l'exception d'un point de suture qui suppurait un peu ; enfin le mardi 8 novembre, c'est-à-dire dix jours après la laparotomie, notre opéré retourna dans sa paroisse, heureux et content, n'ayant plus souffert depuis l'opération.

Son médecin, le Dr Groossens, l'a revu depuis à plusieurs reprises; jusqu'ici la santé est parfaite, les douleurs ne sont plus reparues, les digestions sont excellentes; il n'existe plus d'ictère. Les selles sont devenues régulières (2 par jour), alors que, depuis vingt ans, il avait toujours été excessivement constipé. Les selles, auparavant décolorées, sont redevenues normales.

M. le professeur recteur Depair, membre de l'Académie de Belgique, a bien voulu faire l'analyse des calculs extraits. En voici le résultat :

Eau	13.63
Matières solubles de la bile	13.68
Graisse verte	7.00
Cholestérine	8.20
Sels minéraux (phosphates et chlorures)	14.00
Pigment biliaire	43.12
Perte	0.37
	100.00

Réflexions. — L'émigration des calculs biliaires est fréquente et on en a retrouvé jusque dans des organes éloignés de l'appareil hépatique ; mais cette sortie est toujours accompagnée de graves phénomènes d'inflammation et de suppuration. Ici, rien de semblable : les calculs se sont échappés de l'appareil biliaire, ils ont cheminé sous le péritoine, ou, ce qui est plus exact, dans l'arrière-cavité de cette séreuse et ils n'ont produit aucun phénomène inflammatoire. Comment expliquer cette marche insolite ?

Toutes les suppositions sont permises et si j'émets mon opinion, c'est en avouant qu'elle peut être combattue.

A priori, on est tenté d'admettre une dilatation du canal cholédoque dans laquelle se seraient logés les calculs. Plus tard, cette poche se serait ulcérée, usée, ouverte et les calculs seraient ainsi arrivés dans l'arrière-cavité des épiploons. Je ne crois pas à cette hypothèse, si en effet la marche de cette affection avait été telle, il y aurait eu certainement épanchement de bile dans le péritoine et nous connaissons tous les conséquences de cet écoulement. De plus, il me semble bien difficile de comprendre la formation de cette poche, de ce réservoir sans production d'ictère grave par suite de l'obstruction du canal cholédoque, sans dilatation de la vésicule, par suite de l'accumulation de la bile. Il est vrai que pour ce dernier point on peut toujours supposer une absence, une atrophie congénitale de ce réservoir biliaire. Mais alors comment expliquer la formation des calculs? On sait en effet que la condition essentielle de leur formation est la stagnation de la bile ; comment aussi se rendre compte de ces violentes coliques hépatiques qui, pendant vingt ans, ont tourmenté le malade ?

Pour moi, je crois qu'il y a eu accumulation de calculs dans la vésicule ; à un moment donné, le canal cystique s'est oblitéré et la vésicule a été séparée du restant de l'appareil biliaire, elle a été coupée dans ses communications. Les parois se sont rétractées, collées sur l'amas calculeux et au niveau du col, là où le péritoine se réfléchit pour former l'épiploon gastro-hépatique et aller former l'arrière-cavité des épiploons, la paroi s'est amincie, usée, dirai-je, de façon à permettre aux calculs de s'échapper dans l'arrière-cavité des épiploons et à venir s'accumuler non loin de leur orifice de sortie, dans le voisinage du canal cholédoque. Celui-ci a été dès lors comprimé, entravé dans ses fonctions. Ce qui explique la persistance d'un peu d'ictère depuis quatre mois, ce qui explique aussi la permanence depuis la même époque, les calculs étant une couche d'irritation pour les nombreux filets du plexus solaire de cette région. Deux de ces calculs ont continué leur chemin, l'un s'est arrêté dans le mésocôlon, l'autre a poussé une pointe jusque sur le côlon transverse. Par suite de l'obstruction du conduit cystique, la bile ne pouvait venir contaminer le péritoine ; les calculs étant aseptiques se sont conduits comme beaucoup de corps étrangers désinfectés, ils restent dans le péritoine sans y produire des phénomènes d'inflammation.

Ce qui milite encore en faveur de cette théorie, c'est le résultat inespéré de mon opération. Depuis un mois, notre curé ne souffre plus, son ictère a disparu et ses fonctions digestives, si délabrées auparavant, sont devenues normales. Je crois devoir attribuer

cette amélioration au refoulement de l'amas calculeux. Nous l'avons repoussé un peu à droite, nous avons ainsi dégagé le canal cholédoque, et nous avons fait cesser l'irritation constante des filets nerveux du plexus solaire. Il est même probable que l'amélioration persistera, et elle doit persister si la théorie que je viens d'exposer est exacte. En effet, la vésicule biliaire ne fonctionnant plus et le canal cholédoque restant perméable, mon opéré se trouve dans les conditions de ceux à qui j'ai pratiqué la cholécystectomie, et j'ai signalé tantôt leur parfait état de santé. Si même, plus tard, il se produisait des phénomènes de compression du canal cholédoque, mettant la vie du malade en danger ; je n'hésiterais pas, je ferais à nouveau la laparotomie pour aller enlever les calculs. On pourrait me reprocher actuellement de n'avoir pas procédé à ce nettoyage, lors de ma première intervention. Je le ferais certainement si j'étais encore en présence d'une affection semblable. J'ai peut-être péché par excès de prudence. Le cas était si extraordinaire, si bizarre, que l'on comprend parfaitement ma réserve, et mon abstention est naturellement justifiée.

Discussion.

M. Pozzi. J'ajouterai un détail complémentaire que vient de m'écrire M. Thiriar ; son opéré a augmenté de 3 kilogrammes.

Quelques mots relatifs à l'interprétation de la migration des calculs. Si l'explication de M. Thiriar était juste, si les calculs étaient tombés dans l'arrière-cavité des épiploons, nous aurions dû trouver des traces d'inflammation, des fausses membranes enkystant les calculs et les fixant. Au lieu de cela, ils étaient simplement logés sous la séreuse, il y avait eu bien manifestement migration dans l'épaisseur des tissus, sous le péritoine.

Dès lors, l'explication de M. Thiriar ne saurait être acceptée ; on peut, je crois, adopter l'une des suivantes : ou les calculs seront sortis de la vésicule pour passer sous le péritoine au point où la vésicule est directement appliquée sur le tissu hépatique; dès lors, les calculs auront suivi l'épiploon gastro-hépatique pour passer ensuite dans le mésocôlon ; ou bien les calculs auront d'abord distendu l'ampoule de Water, l'auront érodée, et auront formé un dépôt, une *carrière* en ce point, où effectivement l'opérateur les a trouvés accumulés. De là, deux calculs se seront portés plus en avant, en dédoublant le mésocôlon ; l'un s'y est arrêté, l'autre a atteint le côlon et s'est logé sous la séreuse de cet intestin, d'où on l'a extrait.

Enfin, il est possible que ces deux voies aient été suivies.

Mes remarques n'ont qu'une portée anatomique et interprétative ; j'ajouterai que l'opération a été parfaitement conduite par mon ami, le Dr Thiriar.

Présentation de malade.

Traitement chirurgical du pied bot congénital.

M. Ch. Monod présente un jeune garçon âgé de 15 ans, auquel il a pratiqué, au mois de juillet de cette année (1887), l'extirpation de l'astragale pour un pied bot varus équin congénital. Le pied est absolument à angle droit.

Présentation de pièces.

M. Terrillon présente les moules d'un malade de 14 ans, avec l'observation suivante :

Double pied bot varus paralytique avec renversement complet du pied en dedans et saillie de l'astragale. — Ablation de l'astragale. — Rétablissement de la marche.

Le jeune B..., âgé de 14 ans, est amené par son père à Paris, dans l'espoir de pouvoir remédier à une infirmité congénitale qui le met dans l'impossibilité de marcher.

Cet enfant a un double pied bot varus équin avec enroulement de la plante du pied. Le pied est tellement renversé en dedans qu'il marche littéralement sur le dos du pied et la partie sur laquelle il appuie dans la station debout est la tête de l'astragale saillante sous la peau et en partie sub-luxée. A ce niveau, existe un épaississement de la peau, un véritable durillon muni d'une bourse séreuse.

Les jambes sont grêles, amaigries, cependant les muscles ont conservé en partie leur contractilité, excepté cependant dans le groupe externe où elle est très faible, sans avoir disparu complètement.

Depuis son enfance, tout a été essayé pour remédier à cette infirmité, appareils variés, traction, massage, même des sections tendineuses, etc. Mais rien n'a produit de résultat.

La déviation s'est toujours accentuée sous l'influence de la station debout. Dans cette position les pieds ont une situation absolument défectueuse.

Comme je jugeais inutile de nouvelles tentatives de redressement avec des appareils, même au moyen de la traction élastique, à cause de l'âge du sujet, de la déformation des os et surtout de la saillie des astragales, je préférai l'ablation de ces deux os. Chaque opération

fut pratiquée méthodiquement à un intervalle de un mois environ l'une de l'autre (7 juin et 15 juillet 1887).

Grâce à une incision curviligne sur le devant et le côté antéro-externe du cou-de-pied, je pus facilement enlever l'astragale, sans intéresser les tendons extenseurs. J'avais placé une bande d'Esmarck.

L'astragale fut enlevé en entier, et en même temps je pratiquai la section du tendon d'Achille par la méthode sous-cutanée. Je plaçai un drain dans le fond de la plaie, sans autre contre-ouverture, il venait ressortir en avant de la malléole externe. Suture au catgut du lambeau. Pansement à la gaze iodoformée et gaze hydrophyle, le tout soutenu par un étrier en plâtre. Trois pansements, le 4e, le 7e et le 10e jours, suffirent pour amener la guérison complète par première intention, sans une goutte de pus.

Trois semaines après la seconde opération, l'enfant commença à marcher, avec un appareil formé de deux montants jambiers, muni d'une palette pour la plante du pied et d'une articulation située un peu au-dessous de l'articulation nouvelle tibio-calcanéenne.

Le pied est absolument redressé, et l'axe de la jambe tombe dans le milieu du talon.

Le bord interne était encore un peu relevé et excavé quand il commença à marcher, mais bientôt la marche aplatit progressivement cette déformation. L'enfant est parti de Paris le 15 octobre pour retourner au Chili.

J'ai eu de ses nouvelles depuis son départ, et il marche aussi bien que possible, sans douleur; le pied s'est aplati presque complètement et le résultat est aussi bon que possible.

Je vous présente les moules des pieds pris avant l'opération, et aussitôt après l'ablation des appareils plâtrés, au moment ou l'enfant commence à marcher.

En présence de ce fait si probant et où l'ablation de l'astragale a donné un excellent résultat pour une déformation aussi accentuée que possible et aussi en jugeant de la valeur de cette opération par les autres cas que j'ai vus et par la lecture de ce qui a été publié sur ce sujet, je conclus que, chez les enfants âgés de 12 à 15 ans et plus, il ne faut pas se servir d'appareils, pas même des appareils à traction élastique ; il faut aussi renoncer aux manipulations qui ne peuvent donner un bon résultat à cet âge, mais recourir à l'ablation de l'astragale, avec réunion immédiate de la plaie. Cette opération donne un redressement rapide ou instantané et permet la marche en très peu de temps, dans d'excellentes conditions. Le rétablissement de la fonction est aussi parfait qu'on puisse le désirer dans ce cas.

Discussion.

M. Schwartz. Je ferai remarquer que, sur le moule présenté par M. Monod, l'équinisme est la déformation dominante; aussi l'extir-

pation de l'astragale a-t-elle donné une restitution de formes excellente et un bon résultat fonctionnel ; dans les cas où le varus domine, il vaut mieux, surtout chez les jeunes gens et les adultes, ajouter à l'ablation de l'astragale une résection cunéiforme d'un fragment soit du calcanéum, soit du cuboïde en dehors. On obtient ainsi, comme je l'avais déjà écrit dans ma thèse d'agrégation en 1883, un meilleur redressement immédiat. M. Gross (de Nancy) a d'ailleurs repris cette question lors du congrès de chirurgie de 1885 et est arrivé à nos conclusions.

M. Berger. Je remarque qu'il y a, dans tous ces cas, un enroulement du pied qui persiste, mais qui peut s'améliorer un peu par la marche.

M. Le Dentu. J'ai eu l'occasion de traiter par la résection un cas de pied bot varus équin. Il m'a fallu enlever l'astragale, le cuboïde, et réséquer une partie du calcanéum.

Le pied est redevenu droit et le malade marchera facilement. Il s'est reproduit dans l'articulation nouvelle, résultant de la coaptation des os réséqués, une certaine quantité de mouvement qui permettra la marche dans d'excellentes conditions.

M. Lucas-Championnière. Deux fois j'ai eu l'occasion d'intervenir pour des pieds bots cependant très avancés. Mais j'ai remarqué qu'on ne peut avoir une idée préconçue d'avance de la quantité d'os qu'il faudra enlever. Le plus souvent, cette quantité varie suivant les cas. J'ai enlevé l'astragale seule.

Il me semble cependant qu'en principe il n'y a aucun avantage à enlever des parties osseuses trop considérables, car, après une ablation même peu étendue et qui ne semble pas avoir donné, dès le début, un résultat suffisant, on voit que les mouvements des membres, l'action des muscles sur les parties osseuses déformées, les ramènent à leur place petit à petit. — En somme, le bénéfice ultérieur est souvent beaucoup meilleur que le bénéfice primitif. Aussi je ne me hâte pas de trop avarier le squelette, et au besoin je ferais une seconde opération, si elle était nécessitée par une déformation persistante ; mais toujours en attendant que les fonctions aient fait, pour la réparation définitive, tout ce qu'on peut attendre d'elle.

M. Le Fort. Je demanderai à M. Le Dentu comment marche sa malade.

M. Le Dentu. Comme elle a eu de la fièvre et des altérations du côté des côtes, je n'ai pu encore la faire marcher suffisamment ; j'attends pour avoir le résultat définitif.

M. Le Fort. Je crois que, chez les jeunes enfants, il faut agir

avec patience et persévérance au moyen des manipulations et des appareils. J'ai toujours eu par ce moyen d'excellents résultats.

La tarsectomie ne me semble pas une opération rationnelle, au moins dans un grand nombre de cas.

Quand je dois opérer des adultes, je préférerais enlever l'avant-pied ou le pied en entier, car alors j'ai un moignon très solide, non douloureux, élastique à cause du lambeau inférieur.

Les malades que j'ai opérés portent des appareils prothétiques bien appliqués qui leur rendent la marche facile et non douloureuse.

Suite de la discussion sur la cure radicale des hernies.

M. Léon Le Fort. L'heure avancée, un ordre du jour très chargé ont fait remettre à aujourd'hui ma réponse aux observations que MM. Polaillon et Trélat m'ont faites dans la dernière séance.

M. Polaillon trouve que je suis sévère à l'égard de la cure radicale. J'en conviens volontiers; oui, je juge avec sévérité, mais, je le crois aussi, avec justice, l'intervention chirurgicale alors qu'elle ne s'applique qu'aux hernies simples que le bandage peut contenir; alors qu'elle n'a d'autre but que de délivrer le malade de l'ennui de porter un bandage. Dans ce cas, elle doit être radicale, sinon elle n'a aucune raison d'être; puisque la suppression du bandage est le but poursuivi. Cette cure radicale serait-elle possible, probable même, que j'hésiterais à la faire, alors même que le malade me la demanderait; car, si j'avais une hernie simple, facilement contenue, je ne me ferais pas opérer; j'aimerais mieux conserver l'ennui de porter un appareil, que de courir les chances d'une opération, quelque bénigne qu'elle soit dans l'immense majorité des cas.

Mais la guérison est-elle radicale, c'est-à-dire complète, définitive? Nul n'a le droit de l'affirmer aujourd'hui car les preuves manquent. Le temps, tout d'abord, fait défaut pour l'immense majorité des malades, opérés, pour la plupart, depuis deux ou trois ans au plus. D'ailleurs, les malades guéris, on ne nous les montre pas. On ne nous donne même pas toutes les observations et nous ne savons dans quelles conditions ils étaient avant l'opération, comment ils se trouvent une ou plusieurs années après une guérison qui peut n'être qu'apparente; quelles professions ils exercent; à quelles manœuvres de force ils ont pu impunément se livrer.

M. Polaillon nous cite comme un exemple un jeune homme qui, après l'opération, a pu supprimer le bandage et entrer dans l'armée; or ce jeune homme a vu, sous l'influence de l'équitation sa hernie se reproduire; quel bénéfice a-t-il donc tiré du danger que l'opération lui a fait courir? Notre collègue, à la fin de la séance, nous a

montré un malade opéré par lui et qu'il regarde comme guéri. Je suis plus difficile à contenter. Ce malade n'est opéré que depuis quelques jours; tout le trajet du canal est encore induré par l'inflammation, ce qui suffirait déjà à obturer le conduit; c'est dans quelques mois, dans quelques années qu'il faudra nous le montrer pour qu'on puisse le regarder comme guéri. Quant à moi, je trouve dès à présent, derrière son canal obturé, induré par l'inflammation, une impulsion évidente à la toux qui ne m'inspire qu'une confiance limitée.

Mais, dit M. Polaillon, l'opération guérit la hernie. S'il s'en fait une autre ce n'est plus la même, c'est une autre, donc il n'y a pas récidive, j'avoue que je ne comprends pas très bien l'argument. Certes ce n'est plus le même sac, puisqu'il a été supprimé, mais parce que c'est la partie du péritoire voisine de celle qui a été supprimée qui s'engage dans le même trajet, qui sort par le même anneau, qui reproduit la même variété de hernie, je ne vois pas la différence que cela peut faire et soyez sûrs que le malade n'en fera aucune, puisqu'il se retrouvera porteur de la même infirmité, à laquelle il portera remède par le même bandage.

J'irai plus loin, et bien que j'aime peu raisonner *a priori*, je dirai que je redoute pour ce malade une aggravation de son état. Le nouveau sac ne sera pas, comme le premier, formé par du péritoine intact; il aura vers son collet une partie dure, peu extensible, celle qui correspondra à la cicatrice péritonéale faite par la première opération, et il courra plus de risques de voir survenir un étranglement.

« La récidive, dit M. Polaillon, peut être empêchée par une bonne contention ». Une bonne contention n'est faite que par un bon bandage; le malade doit donc, de l'aveu même de notre collègue, continuer à porter un bandage. Or, puisque l'opération a pour but de le délivrer de cet ennui, je ne vois pas le bénéfice que donne l'opération.

Je m'entendrais mieux avec M. Trélat, qui n'accepte l'opération que pour les hernies qui ne sont pas *constamment*, *complètement* et *facilement* contenues par un bandage. Mais cette entente est cependant loin d'être complète. En effet, M. Trélat regarde comme devant être opérées des hernies simples, sans complication d'irréductibilité, faciles à réduire et à maintenir réduites; mais qui sortent d'elles-mêmes quand le malade quitte son bandage. Cela, je ne puis l'admettre. Le plus grand nombre des hernies inguinales, presque toutes les hernies ombilicales sortent quand le malade retire son bandage; à ce compte, la grande majorité des hernies réclamerait la cure chirurgicale. Cette issue spontanée est-elle un danger? M. Trélat le croit; je crois, pour ma part, le

contraire. Une hernie qui sort dans ces conditions ne présente aucun danger, surtout si c'est une entérocèle. Le danger est bien plus grand pour les hernies qui ne sortent pas, parce que le collet du sac, qui n'est plus traversé par l'intestin, se rétrécit et que si, par l'effet d'un effort brusque et violent, la hernie sort, elle a grand risque de s'étrangler.

J'accepte l'opération, mais seulement à titre exceptionnel, très exceptionnel et sans prétendre donner une guérison radicale. Il y a, dans la chirurgie, deux tendances qui se partagent inégalement les chirurgiens, l'une conduit à chercher à guérir les malades sans opération, l'autre conduit à opérer toutes les fois que la guérison peut être espérée par l'opération. Les progrès réalisés depuis vingt ans, la disparition de l'excès de la mortalité amenée par des contagions multipliées, masquées du nom d'épidémies, ont inspiré à beaucoup de chirurgiens une sécurité exagérée, qui les pousse à opérer volontiers.

En ce qui concerne les hernies, je crois, par expérience, à la puissance curative des bandages et à leur efficacité presque constante comme traitement palliatif. Cependant il est quelques cas où j'admets l'opération; mais je la repousse dans bon nombre de cas où M. Trélat la conseille.

Je ne l'admets pas dans les hernies simples, réductibles, très grosses, passant à travers un large orifice, d'une contention difficile, et voici pourquoi. Dans ces hernies, les accidents sont rares et l'étranglement ne se voit jamais. L'opération curative est dangereuse, parce qu'il y a une vaste surface péritonéale à supprimer, puisque le sac est volumineux; parce que toutes ces grosses hernies sont devenues directes, quel qu'ait été, quel que soit leur trajet anatomique; parce que l'opération conduit à quelques millimètres de la cavité abdominale; parce qu'enfin l'opération, dans ces cas où l'anneau est très large, ne donnera jamais la guérison de la hernie. Je me suis trouvé en présence d'un malade habitant le département de Seine-et-Marne, porteur d'une hernie qui contenait une masse énorme d'intestin; les viscères, suivant l'expression de Malgaigne, avaient perdu droit de domicile, et la réduction totale étant impossible, on ne pouvait songer à un bandage. Je me contentai de lui faire porter un vaste suspensoir lacé, fait en tissu élastique, et je pus ainsi réduire notablement le volume de la hernie.

M. Trélat, dans les entéro-épiplocèles réductibles, à anneau élargi, d'un volume moyen, d'une contention difficile et sortant souvent sous le bandage, conseille l'opération. Je la repousse, parce qu'on peut avoir un bandage bien étudié, bien construit, maintenant la hernie. Mais si le malade ne peut faire la dépense

du bandage, s'il est négligent, insouciant, j'accepte l'opération; car dans ces conditions il y a danger de voir survenir soit l'irréductibilité par suite d'inflammation, soit même l'étranglemeut.

S'il s'agit de hernies épiploïques ou entéro-épiploïques irréductibles, il faut d'abord tenter la réduction qu'on obtient assez souvent; si on n'y arrive pas, alors comme les accidents sont probables, et que ceux de l'opération ne sont que possibles, il y a plus de dangers à s'abstenir, plus de bénéfice à opérer, l'opération est indiquée.

En résumé, l'opération actuelle paraît donner plus de chances de guérison que les procédés anciens; je la crois bonne dans les hernies congénitales avec ectopie difficiles à maintenir, et dans les épiplocèles irréductibles, dans les grosses épiplocèles réductibles, mais mal contenues, et s'accompagnant de gêne notable ou de douleur. Si je suis intervenu, c'est parce que, malgré l'intervention de M. Berger, la Société paraissait accepter comme un fait prouvé la curabilité radicale de la hernie par une opération; parce qu'elle acceptait avec trop de facilité l'intervention chirurgicale, active dans des cas où le bandage seul, c'est-à-dire le traitement palliatif doit être appliqué. Cette intervention n'a pas été inutile; une certaine réaction paraît se faire, et les praticiens dont nous sommes ici les guides et les conseils ne seront pas entraînés hors des voies de la sagesse et de la prudence.

M. Tillaux. L'importance pratique du traitement des hernies m'engage à demander à la Société la permission de lui exposer brièvement, à mon tour, mon opinion sur cette question.

Je tiens d'abord à reconnaître et à déclarer que l'opération de la cure radicale des hernies a pris à juste titre droit de domicile dans la thérapeutique chirurgicale, et je la range volontiers parmi les meilleures conquêtes de la chirurgie contemporaine.

La technique de cette opération a été si bien établie par plusieurs de nos collègues que je n'ai rien à y ajouter.

Je désire seulement examiner les points suivants :

La cure radicale guérit-elle définitivement les malades de leur hernie?

Cette opération est-elle absolument inoffensive?

Quelles en sont les véritables indications?

La réponse à la première question n'est pas douteuse : non, l'extirpation du sac herniaire n'est pas en réalité une cure radicale; elle n'empêchera pas le plus souvent que, sous l'influence des pressions viscérales répétées qui ont produit la première hernie, le péritoine ne glisse après un temps plus ou moins long, de façon à former un nouveau sac. Il faudra revenir au bandage, et malgré

cela, la hernie pourra se reproduire et même rapidement. Un homme opéré en septembre 1886 rentrait dans mon service au mois de janvier suivant avec une hernie présentant le volume des deux poings. Mais, répondra-t-on, c'est que l'opération avait été mal faite. Je le veux bien, mais elle a de grandes chances de donner assez souvent des résultats semblables, car elle avait été soigneusement pratiquée par un de nos collègues.

Ce serait donc un leurre que de promettre aux malades qu'ils seront à tout jamais débarrassés de leur hernie à la suite de l'extirpation du sac.

Est-ce à dire qu'on n'obtiendra jamais de guérisons complètes (je parle de l'adulte, bien entendu)? Je suis loin de formuler une opinion aussi radicale, mais le mode de production des hernies nous autorise à penser que ces faits seront exceptionnels, et, dans tous les cas, le temps seul pourra juger cette question, étant donnée la lenteur que certaines hernies mettent à effectuer leur évolution.

La cure radicale serait à ce point inoffensive que M. Lucas-Championnière n'hésite pas à la mettre en parallèle, sous ce rapport, avec le bandage. C'est une opinion que je ne saurais partager. Je reconnais volontiers que notre habile collègue a obtenu des résultats remarquables et dans des circonstances véritablement très compliquées ; je reconnais qu'il nous apporte une statistique idéale, puisqu'il ne compte que des succès sur soixante opérations. Mais est-il certain qu'il en sera toujours ainsi, surtout entre les mains des autres opérateurs? M. Lucas-Championnière ne déclare-t-il pas lui-même que, pour réussir, l'opération doit être entourée des précautions antiseptiques les plus minutieuses? Or, qui peut affirmer qu'il ne se produira pas une inobservance quelconque de l'une de ces précautions? On répondra sans doute que ce n'est plus alors la faute de l'opération, mais celle de l'opérateur; soit, mais l'accident n'en sera pas moins arrivé. L'argument, j'en conviens, n'aurait aucune valeur s'il s'agissait d'une opération qui s'impose, d'une opération nécessaire; mais remarquez qu'on propose la cure radicale pour des sujets qui n'éprouvent de leur hernie qu'une simple incommodité, et cela en se basant sur l'immunité absolue de l'acte opératoire. Eh bien, je crois qu'il est imprudent d'aller jusque-là.

L'extirpation du sac herniaire ne doit être, à mon sens, pratiquée que dans des conditions qu'il me paraît assez facile de déterminer.

Est-elle applicable aux hernies incoercibles?

Je partage à cet égard l'avis de M. Le Fort, je ne crois pas qu'il existe de hernies incoercibles. Si vous ne maintenez pas la hernie,

c'est que le bandage est mal fait. Vous arriverez toujours au but avec une pelotte bien appropriée aux parties, ce qui, je l'avoue, exige dans certains cas beaucoup de patience et de sagacité. Permettez-moi de vous en citer un exemple typique que j'observai lorsque j'étais chirurgien à Bicêtre. Un cocher de fiacre, jeune encore, avait été expédié comme infirme dans cet hospice. Il portait une de ces énormes hernies inguinales qui descendent jusqu'au genou et contiennent dans leur intérieur une grande partie du tube digestif.

L'anneau était démesurément élargi. Cet homme avait parcouru les divers hôpitaux pour trouver un bandage qui maintînt sa hernie, et aucun chirurgien, aucun bandagiste n'avaient obtenu ce résultat. Je m'y essayai à mon tour et ne fus pas plus heureux.

Notre cocher prit le parti de se construire lui-même une petite pelote en bois qu'il tailla et retailla avec son couteau, en la moulant exactement sur la région inguinale, et il vint un jour me montrer trimphalement sa hernie parfaitement contenue. Or, il me paraît difficile d'en trouver une plus incoercible que n'était celle-là.

J'accorde toutefois que, lorsqu'une hernie est très difficile à maintenir, on puisse céder aux sollicitations du malade, afin de le placer dans des conditions plus favorables; mais, en définitive, ce n'est pas là une indication formelle.

L'opération de la cure radicale doit être, selon moi, exclusivement réservée au cas de hernies irréductibles, en partie ou en totalité, douloureuses et accompagnées de troubles gastriques. Ces divers phénomènes se rencontrent d'ailleurs souvent ensemble. Pas de doute alors, le chirurgien est autorisé à conseiller vivement au malade la cure radicale, quand même cette opération lui ferait courir quelques dangers.

En résumé, il ne faut pas mettre en parallèle l'extirpation du sac herniaire avec l'emploi du bandage qui doit rester et restera le traitement habituel de la hernie non étranglée.

L'opération n'est pas applicable aux cas simples qui n'offrent d'autre inconvénient que celui de porter un bandage.

La cure radicale est appelée à rendre de très réels services dans les cas où le bandage seul est insuffisant ou inapplicable; mais j'ai la conviction qu'en voulant trop la généraliser, on en compromet grandement l'avenir.

M. Paul Reclus. Deux opinions tranchées se sont fait jour au cours de la discussion pendante : l'une, défendue par la presque totalité des orateurs, et d'après laquelle la cure radicale des hernies serait une excellente, voire même « une merveilleuse opéra-

tion » ; mais elle a des indications précises et ne doit être pratiquée que dans des conditions nettement déterminées.

L'autre opinion est défendue par notre ami M. Championnière ; si j'ai bien compris son discours, l'existence de la hernie est une indication suffisante, et par cela seul qu'on lui demande une opération de cure radicale, il ne la refuse pas. Car pour lui le bandage est non seulement ennuyeux, mais il est inefficace, et les hernies contenues sont souvent plus dangereuses que les hernies non contenues.

Évidemment M. Championnière admet avec nous que le bandage est efficace chez les jeunes et peut à lui seul amener une guérison durable et aussi parfaite que la meilleure opération de cure radicale. Il n'est pas un de nous qui n'ait des observations de ce genre à produire. M. Trélat me disait en avoir recueilli au moins cinq. J'en ai recueilli trois cette année, deux chez des enfants de moins d'un an, où un petit bandage en caoutchouc semble avoir guéri deux hernies inguinales déjà volumineuses, et l'autre chez un jeune homme de 17 ans que j'aurais voulu présenter, mais malheureusement je n'ai pu le décider à venir ici.

Je crois que tout le monde est à peu près d'accord sur ce point, et bien que M. Lucas-Championnière ne nous l'ait pas dit, je m'imagine que, chez les très jeunes ou les jeunes, il ne considère pas l'intervention chirurgicale comme la méthode choisie, et qu'il la réserve pour les hernieux qui ont dépassé vingt ans. Pour ma part, je ne demanderai pas mieux que de me laisser convaincre, car le bandage n'a rien d'agréable, et quelle que soit la facilité avec laquelle la plupart s'y habituent, les plus résignés abandonneraient volontiers cette pièce surajoutée à leur vêtement.

Mais, pour admettre la pratique de M. Lucas-Championnière, deux conditions seraient nécessaires. D'abord que la statistique de M. Championnière, déjà fort considérable, le fût plus encore ; si à ces 53 faits il ajoute les 47 que lui demandait M. Le Fort ; s'il n'a pas d'échec, de léthalité à déplorer ; s'il nous montre que dans des mains soigneuses l'opération est absolument sans danger, nous n'avons pas à redouter le 1 ou 2 0/0 de mortalité accusés par les statistiques antérieures, il écartera la première de nos objections, et nous opérerons avec lui toutes les hernies, à condition que la seconde objection soit aussi écartée.

Cette seconde objection, la voici : le presque totalité des membres de la Société considèrent l'opération de la cure radicale comme une opération palliative ; elle ne guérit pas la hernie, mais elle rend coercible une hernie incoercible ; elle rend efficace le bandage qui auparavant était incapable de maintenir facilement et bien les anses intestinales dans le ventre. Pour M. Champion-

nière, la cure radicale est vraiment radicale. Après elle, il n'y a plus besoin de bandage; il est supprimé totalement, et M. Championnière le considère alors comme plus nuisible qu'utile.

Eh bien, Messieurs, si toutes ces assertions sont et demeurent exactes; si la cure radicale, avec les perfectionnements importants qu'a apporté notre collègue, devient innocente et absolument efficace, je suis de son avis et je me déciderai à opérer toutes les hernies; mais auparavant il nous faut une statistique à la manière de celles qu'ont publiées les élèves de Czerny, de Juilliard et de Socin; quelques-unes de ces statistiques nous disent qu'en moins d'un an les opérés étaient en pleine récidive; d'autres accusent seulement la moitié des cas; mais, si ce chiffre restait vrai, il serait suffisant pour nous engager à faire toujours porter un bandage à nos malades et le titre de cure radicale ne serait plus vrai.

Aussi, en attendant les statistiques que nous fournira M. Championnière, je considère la cure radicale comme une opération de nécessité et non comme une méthode de choix et je n'y ai recours que dans certaines conditions. Je n'opère pas pour rendre coercibles des hernies incoercibles, et tout en acceptant l'heureuse formule que nous a donnée M. Trélat, il intervient, je crois, dans des cas où je n'interviens point.

C'est ainsi que, d'après son discours, il aurait abandonné une pratique que je tiens de lui et de Broca et que nos maîtres, eux, tenaient de Malgaigne. Certains malades nous arrivent avec des hernies irréductibles depuis longtemps; on pourrait croire qu'il y a là une indication précise de cure radicale. Ce n'est pas toujours mon avis; souvent, presque toujours, si j'en crois mes observations, le repos horizontal, les purgations répétées, le spica de l'aine avec la bande en caoutchouc, le sac de plomb à demeure sur la tumeur produisent la réduction de la masse épiploïque et intestinale.

Et alors, de deux choses l'une : ou la hernie réduite peut être contenue par un bandage, ou elle est incoercible. Lorsqu'elle peut être maintenue, pourquoi pratiquer la cure radicale? et elle peut être maintenue souvent. J'ai publié dans la thèse de Segond l'observation d'un meunier qui portait une volumineuse hernie irréductible. Je l'ai réduite par les procédés indiqués tout à l'heure, et elle a pu être contenue par le premier bandage qui a été appliqué.

Cette année, à l'Hôtel-Dieu, j'ai eu trois malades de ce genre, et chez les trois la réduction s'est opérée dans un intervalle qui s'étend de un jour à six jours. Eh bien, chez les trois encore, un bandage, un bandage non de l'hôpital, mais fait par un bandagiste habile, a parfaitement maintenu la hernie de mes trois malades;

Paris. — Société d'imp. PAUL DUPONT (Cl.) 48.1.88. *Le Gerant :* G. MASSON.

je les ai gardés plusieurs jours pour bien m'assurer que la coercition était complète.

Mais la deuxième hypothèse se rencontre aussi. L'année dernière, à l'hôpital Broussais, j'ai soigné un homme d'une cinquantaine d'années pour une hernie non contenue depuis cinq ans ; au bout de huit jours de traitement, les anses intestinales réintégraient la cavité; mais je n'ai pu trouver un bandage pour la maintenir et j'ai eu recours à la cure radicale; le résultat a été excellent; la guérison totale me paraissait obtenue; mais je ne m'y suis pas fié et j'ai fait appliquer un bandage.

J'en ai fait ainsi dans une autre observation, même dans les plus récentes, où j'ai mis en pratique, pour la résection du sac et la suture du collet, un excellent précepte de M. Championnière. Puisque donc je maintiens un bandage au malade, je n'opère, et c'est là ma conclusion, que lorsque la hernie n'est pas coercible, et pour moi la cure radicale, comme je le disais au début, est une opération qui a pour but de rendre coercible une hernie incoercihle, et j'appelle hernie incoercible non seulement celles qui ne sont pas maintenues, mais encore celles qui sont douloureuses sous le bandage.

M. Trélat. Nous ne sommes séparés, M. Le Fort et moi, que par des nuances. Aussitôt que je considère la hernie comme étant capable de produire des accidents chez le malade, je propose l'opération. Mais quand je crois pouvoir maintenir la hernie, éloigner les accidents et par conséquent conserver pour mon malade une certaine sécurité, je n'opère pas et me contente d'un bandage bien fait et bien surveillé. Ainsi donc je soutiens à peu près la même opinion que M. Le Fort.

M. Lucas-Championnière. Je m'en voudrais de reprendre la parole dans cette discussion, si je devais être long. J'ai déjà parlé, et, depuis le début, la discussion a dévié de son objet principal, la cure des hernies congénitales. Mais je ne puis m'empêcher de répondre en quelques mots à M. Le Fort, qui nous lance en pleine argumentation sur les mérites mêmes de la cure radicale. Il ne faudrait pas laisser passer sans protestation les assertions émises avec une autorité comme la sienne.

Et d'abord parlons de cette discussion sur la propriété du mot *cure radicale*. Elle n'est pas neuve; dans son rapport à Amsterdam, en 1879, M. Tilanus l'abordait avec les mêmes arguments, et mon excellent ami Reverdin publiait la même critique de cette dénomination.

Je vous avoue que je ne comprends pas cette critique. Si elle est vraie, nous n'avons le droit de parler de cure radicale pour

presque aucune opération de la chirurgie. Les gens que nous débarrassons d'une difformité n'étaient pas des Apollon du Belvédère, et l'opération ne les fera pas tels. Puis il y a des degrés dans leur difformité. Les uns seront tout à fait à l'abri du retour de la difformité. Les autres y seront plus disposés ; d'autres devront prendre des mesures très sérieuses pour conserver les résultats acquis par l'opération. Cela veut-il dire que l'opération n'avait pas été radicale?

On désigne sous le nom de cure radicale ces opérations sanglantes dans lesquelles le chirurgien a la prétention de détruire la difformité constituée par la hernie; et tout le monde sait ce que cela veut dire; et le procédé que je recommande est le type de ces procédés de destruction de la hernie. Je trouve que certains des procédés recommandés sont mauvais. Est-ce que je ne dis pas que ceux qui les exécutent pratiquent une opération de cure radicale? Vous les trouvez tous mauvais, le mien compris ! Mais cela, c'est une critique du résultat: vous êtes bien libres de la faire. Cela ne change rien à la valeur du nom.

Vous aimez mieux dire cure chirurgicale. C'est une fantaisie comme une autre. Mais votre dénomination toute neuve n'est pas plus juste. Est-ce que la cure par le bandage dont vous parlez sans cesse n'est pas une cure chirurgicale? Est-ce que ce mot ne prête pas à plus de confusion encore que le nôtre, que vous voulez changer, et que tout le monde connaît? Est-ce qu'on n'a pas tenté vingt fois de changer le mot ovariotomie, un des mots les plus mal faits qui se puissent imaginer? Est-ce que le mot n'a pas survécu?

Pour moi, j'avoue que toutes ces chinoiseries ne me touchent pas. Ces questions de nomenclature ne me paraissent influencer en aucune façon la marche de la chirurgie. Nous vous démontrerions facilement que votre mot n'a pas les mérites que vous lui attribuez. Nous avons la dénomination ancienne de cure radicale, comprise par tout le monde, nous la gardons.

Du reste, cette cure, qui n'est pas radicale pour vous, l'est pour nous. Nous avons la prétention de supprimer la lésion. Dans quelle mesure le mal peut-il récidiver? C'est là ce qu'il s'agit de discuter. Mais il n'en est pas moins constant qu'il avait complètement disparu ; que lorsqu'un sac séreux a été extirpé, il n'y a plus de hernie.

Mais vous, qui êtes si difficile pour l'appréciation de la guérison par l'opération de la cure radicale, vous trouvez tout naturel qu'on guérisse par le bandage. Il me semble qu'il y a là une singulière inconséquence. Comment, cette opération qui jette une perturbation si grande dans la région herniaire est incapable de donner la

guérison, et le processus irritatif misérable obtenu par le port régulier d'un bandage suffit à donner un résultat durable ! Et cela à un tel point que pour M. Le Fort pas une hernie chez un individu au-dessous de 15 ans ne pourrait résister. Je le répète, je suis convaincu qu'on obtient le résultat dans quelques cas, d'autant mieux que le patient est plus suivi et plus docile, mais dans des proportions absolument différentes. Les succès de M. Le Fort constituent une série heureuse qui n'a guère d'autres exemples.

Mais quel travail, quel bandage et quels soins pour arriver là ! J'entendais un jour un chirurgien (ce n'est pas M. Le Fort) soutenir qu'il est impossible de vérifier un bandage si on ne sait en forger le ressort. Même sans cela, il faut placer le bandage, le surveiller, le changer. Il faut que le malade puisse se le payer excellent. Mais tout cela, c'est très compliqué, bien peu à la portée de tout le monde. Ne confondez pas ce travail du bandage avec cet appareil que nous mettons après une opération, car il est bien différent de défendre une région d'une pression viscérale, ou d'essayer sur une hernie constituée d'arrêter la progression des viscères ; l'un est un acte simple demandant peu de surveillance ; l'autre est un acte complexe, difficile, pénible et même dangereux, puisque M. Le Fort répétait tout à l'heure, avec juste raison, que le port du bandage sur une hernie qui rentre expose à l'étranglement.

L'opération vous paraît plus efficace que vous ne le dites puisque vous l'admettez dans certaines conditions. Votre grand, votre sérieux reproche, c'est celui qui a trait à la gravité de l'opération. Ici nous sommes d'avis opposé, comme en de nombreuses autres occasions.

Il en a été ainsi pour la chirurgie antiseptique, pour la trépanation du crâne, pour l'ouverture des grandes articulations et pour d'autres questions encore. Cela tient à ce qu'une révolution chirurgicale s'est faite entre vous et nous. Nous plus jeunes, nous avons réussi à nous soustraire à l'influence de notre première éducation, et vous n'avez pu le faire complètement. Vous raisonnez toujours sur *la chirurgie des agonisants.* C'était la seule que l'on avait le droit de faire quand toute grande opération était exposée à une mortalité telle qu'on ne pouvait jamais engager l'avenir. Il était bien naturel alors que l'on n'eût le droit d'opérer que les gens qui étaient menacés de mourir. Mais aujourd'hui, nous avons changé tout cela. La mortalité est devenue si faible que les opérations autrefois dites de complaisance peuvent devenir la règle, et l'on peut opérer non plus parce qu'un individu est menacé de mort, mais parce qu'il souffre, parce qu'il est infirme, même parce qu'une infirmité le gêne pour gagner sa vie. Pour ma part, j'ai fait d'une

façon courante de ces opérations-là, et j'ai d'autant mieux le droit de le faire qu'il y a bien des gens qui seraient moins exigeants et consentiraient à courir des dangers de mort s'il y en avait pour la guérison d'une infirmité. Un jour que je racontais devant un homme auquel j'avais suturé la rotule, que j'estimais qu'il n'avait couru aucun danger de mort, cet homme me reprit avec beaucoup de bon sens, pour dire que même en courant des dangers de mort il aurait voulu être opéré, parce qu'il préférait de beaucoup mourir de l'opération à mourir de faim.

Il y a aujourd'hui en effet des indications opératoires de toutes sortes qui n'existaient pas autrefois et auxquelles nous obéissons ; et si nous épluchions par le menu mes soixante-deux cas de cure radicale de hernie je vous en donnerais facilement la preuve.

Du reste, je suis heureux de voir combien cette discussion trouve moins résistants tous nos adversaires d'autrefois. N'avons-nous pas avec nous aujourd'hui le professeur Trélat, chaud partisan de la cure radicale, à laquelle il était opposé il y a deux ans ?

Cependant il y a pour ces opérations un point sur lequel je vais être d'accord avec M. Le Fort. Dans son argumentation, j'ai été très touché du passage où il veut bien attribuer mes succès à mes mérites personnels et conseille de ne pas m'imiter. D'abord je suis très flatté de l'éloge qu'il veut bien me faire, mais ensuite je suis heureux de lui voir exprimer une opinion conforme à celle que j'ai formulée nettement dans mon livre. Au risque de paraître y mettre une fatuité qui est bien loin de moi, j'ai dit : *La cure radicale, ce n'est pas de la chirurgie pour tout le monde.* Cette opération, inoffensive entre les mains d'un chirurgien entraîné, avec un matériel irréprochable, deviendrait désastreuse dans des conditions opposées. Je me suis fait sur ce sujet mon éducation. A une époque où personne n'avait fait la cure radicale en France, j'ai fait mes premières opérations en cherchant d'abord la sécurité, et je suis arrivé à une expérience qui me permet de faire infiniment mieux qu'autrefois. Je n'ai pas l'intention de vous dire que je suis le seul propre à faire cette opération, mais je suis fermement convaincu, comme M. Le Fort, qu'il ne faut pas la conseiller à tout le monde, et que seul un chirurgien qui en aura étudié toutes les conditions nécessaires devra se la permettre après s'être pourvu de toutes ses ressources.

Je ferai même remarquer à M. Le Fort que j'ai été plus loin que mes collègues et que j'ai dit : pour être à la fois sûre et efficace, la cure radicale doit être une opération difficile. Si elle n'est pas difficile, c'est une opération inefficace qu'il ne faut pas conseiller. Si elle est faite sans le cortège des précautions antiseptiques parfaites, il faut la proscrire.

Je suis convaincu que si M. Le Fort, procédant comme M. Trélat, consentait à pratiquer dans les mêmes conditions, il arriverait au même avis que moi ; car, il n'y a pas d'illusion à se faire, c'est l'insécurité de l'opération surtout que l'on vise, et c'est le point le plus intéressant de la discussion.

M. Verneuil nous dit qu'il a vu des accidents entre les mains de jeunes chirurgiens bien informés. C'est là où je me permets un doute, et je déclare que, pour faire l'opération, il faut mieux qu'une bonne éducation générale. A notre époque, il y a bien d'autres opérations de la chirurgie qui seront dans le même cas. En effet, s'il est presque indifférent de commettre une faute dans une amputation du sein, parce que la conséquence ne sera qu'un retard de réparation, un peu de suppuration, il n'en sera plus de même pour la cure radicale ; la faute commise, c'est la vie du patient menacée à propos d'une lésion qui n'avait point compromis sa vie. Dans la cure radicale, comme dans les cas du même ordre, si on n'est pas sûr de soi, il ne faut pas aborder les nouvelles opérations.

M. Reclus nous demande deux choses, ou plutôt deux statistiques, démontrant, l'une que l'opération est absolument innocente, l'autre qu'elle est efficace, en relevant l'état de tous les opérés.

Sur le premier chapitre, M. Reclus tient, je ne sais pourquoi, au chiffre fatidique de 100. Je lui apporte 62 succès sur 62 ; M. Terrier lui en apporte 31 ; nous ne sommes pas loin des 100 cas sans mort. Je lui avoue, toutefois, que ce n'est pas cette absence de mort qui, selon moi, représente l'innocuité de l'opération.

Je l'ai faite quelquefois dans des circonstances détestables, où j'aurais peut-être dû m'abstenir dans l'intérêt de ma statistique. Je pourrais vous citer deux vieillards opérés dans de très maumaises conditions. Je les ai opérés parce qu'ils me suppliaient de les tirer à tout prix de leur état misérable. Ils ont guéri, et cela affirme encore l'innocuité de l'opération, même déraisonnable. Ils seraient morts que cela ne changerait pas la valeur de l'opération appliquée à de bons cas.

Ce qui montre, bien mieux que la statistique, l'innocuité de l'opération, c'est la simplicité des suites, et cela quel que soit le traumatisme développé. Là non plus, il ne faut pas nous tromper. M. Le Fort nous dit : quand vous avez beaucoup d'épiploon à reséquer, la gravité augmente. C'est là une grande erreur. La gravité ne résulte pas de cela ; j'enlève non seulement l'épiploon de la hernie, mais une grande partie du tablier épiploïque, s'il peut venir, et je ne m'en soucie pas. Ce n'est pas cela qui menace la vie, c'est l'imperfection du processus opératoire, c'est la faute

commise, redoutable dès que vous avez mis un peu à nu le péritoine, ou lorsque vous y avez taillé à loisir. Voilà ce qu'il ne faut pas oublier, quand on veut apprécier la gravité de l'opération.

Quant au résultat définitif, d'abord, j'ai quelques cas suivis depuis longtemps; j'en ai deux, entre autres, qui datent de 1881. J'en ai de plus récents revus. Mais, surtout, je remarque que ces résultats diffèrent de certains résultats imparfaits que vous citez, ceux de Julliard, de Czerny, etc., où, dès la sixième semaine, la récidive est faite. C'étaient des opérations imparfaites, je l'ai déjà dit. Chez moi, pas une récidive immédiate ou à courte échéance.

Je crois donc que je fais mieux pour le présent, et que, pour l'avenir, j'ai le droit d'attendre mieux aussi.

Cet avenir nous fera juge de la valeur définitive d'une opération. Est-ce une raison pour ne pas la faire? Mais non, puisque, même si on échouait, on aurait rendu grand service aux hernieux.

Je ne puis donc pas accepter ces arguments. La cure radicale est une excellente opération, sans danger dans des conditions déterminées. Je ne la conseille pas comme devant entrer dans la chirurgie commune. Elle restera, comme quelques autres opérations, en certaines mains. Elle veut une expérience individuelle particulière, des précautions très sérieuses, très complètes. Mais de ce qu'elle ne saurait être recommandée comme une amputation du sein, une trachéotomie, une amputation de membre, etc., il ne s'ensuit pas qu'elle ne soit une grande conquête de la chirurgie moderne, qui ouvre une voie pour le soulagement d'un grand nombre de malheureux, et dont, tôt ou tard, vous serez amenés à reconnaître tous les mérites.

M. Terrier. Je partage entièrement l'opinion de M. Championnière; comme lui, je trouve que l'opération de la cure radicale est applicable à tous les cas.

On nous demande des statistiques, et M. Reclus prononce le mot classique de 100 observations.

Mais nous les avons accumulés, les cas. Présentés ici même par Championnière, Richelot, Terrillon, Segond, etc., et moi, vous trouverez plus de 100 cas, et ces opérations se sont passées sans accidents.

C'est donc une opération peu grave.

Pour ce qui est de l'enquête ultérieure sur le résultat obtenu chez nos malades, c'est une affaire beaucoup plus délicate. Nos opérés ne viennent plus nous revoir à partir de quelques mois après l'opération. Nous leur écrivons, ils ne nous répondent pas; aussi la difficulté est extrême. Sur 25 lettres que j'ai écrites à mes malades, je n'ai eu que deux réponses. Vous voyez qu'il n'y a pas de

notre part une question de négligence, mais seulement une impossibilité absolue de nous renseigner.

M. Le Fort. M. Championnière a fait à cette opération le reproche le plus grave qu'on puisse lui faire, c'est qu'elle n'est pas à la portée de tout le monde. Or, l'opération qui ne serait pas à la portée de tous les chirurgiens serait une opération condamnée d'avance.

Rapport

Sur l'appareil prothétique de M. Gripouilleau *pour la désarticulation de l'épaule.*

M. Léon Le Fort. Le nom de M. Gripouilleau est connu de vous tous, c'est celui d'un médecin de Montlouis (Indre-et-Loire) auquel nous devons déjà ces bras artificiels qui méritent à juste titre, et l'on pourrait dire méritent seuls, le nom de prothèse du pauvre. Ils ne cherchent pas à imiter le bras perdu, puisqu'ils ne consistent qu'en deux tiges de fer articulées au niveau de ce qui serait le coude, et pouvant, par l'application ou l'enlèvement d'une broche, être fixés ou absolument mobiles. La main est remplacée par un anneau, une douille, un crochet, suivant l'outil que doit manier l'opéré. J'ai eu plusieurs fois l'occasion de faire appliquer ce bras, que j'ai légèrement modifié pour le rendre plus solide et en même temps plus léger, et ces photographies d'un de mes malades vous permettront facilement de vous rendre compte des services qu'il peut rendre. Le premier opéré auquel je l'ai fait appliquer a pu, dès la première application et en présence de M. Husson (qui voulait nous imposer le bras de M. de Beaufort, si inutile pour nos ouvriers), piocher, bêcher, remplir une brouette, la traîner, la renverser, faucher l'herbe, etc.

Aucun appareil de cet ordre n'était applicable aux désarticulés de l'épaule. Notre collègue M. Thomas (de Tours) pria M. Gripouilleau d'imaginer un appareil pour un de ses malades désarticulé de l'épaule. M. Gripouilleau se mit à l'œuvre, et c'est cet appareil qui fait l'objet de sa communication. Le point de support est obtenu par une sorte de cuirasse de zinc, faite d'une lame métallique, percée d'un trou pour laisser passer le cou et la tête, et recouvrant les épaules ainsi que la partie supérieure du thorax. Elle est maintenue fixe par des bretelles qui longent le tronc et se recourbent en anse à la racine de la cuisse.

Du côté où le bras manque, est soudée une lame métallique qui

réunit la partie dorsale et pectorale de la plaque et assure sa solidité et sa fixité. Au niveau de l'acromion est soudé horizontalement un tube qui est l'axe de mouvement. C'est sur cet axe que tourne le sommet d'une lame métallique, à laquelle est fixée la pièce de bois qui représente le bras. Le reste de l'appareil, c'est-à-dire la partie antibrachiale, a les mêmes caractères que dans l'ancien appareil de M. Gripouilleau. Ce bras ne peut se mouvoir que d'avant en arrière, mais ce sont les seuls mouvements utiles. Les photographies jointes par M. Gripouilleau à son manuscrit nous montrent l'opéré portant une manne, maniant une masse à fendre le bois, piochant, bêchant, faisant en un mot le travail des journaliers agriculteurs. Il n'est pas inutile d'ajouter que l'appareil coûte 40 francs. C'est donc encore là de la prothèse du pauvre, au double point de vue des services que rend l'appareil prothétique et de son prix modique. C'est un nouveau service rendu par M. Gripouilleau.

Présentation de malade.

Synovite à grains riziformes de toute la gaine synoviale de l'index. — Large incision. — Curage. — Cautérisation au chlorure de zinc à 8 0/0. — Guérison par première intention.

Par Ed. Schwartz.

Voici le fait qui est l'objet de cette présentation.

M. C..., âgé de 41 ans, concierge, très bien portant, sans aucune tare héréditaire ou acquise, a eu, il y a deux ans, la main prise entre deux corps très lourds. Dès ce moment, il a vu augmenter son doigt de volume, sans d'ailleurs qu'il y éprouvât de la douleur; mais les mouvements devenaient plus difficiles.

Au mois d'avril, il se cassa le genou et se fit une luxation du coude droit dans une chute ; soigné d'abord par nous, qui lui avons réduit sa luxation et sa fracture, il entra ensuite dans le service de notre maître Tillaux, à l'Hôtel-Dieu, pour en sortir complètement guéri de son traumatisme, sans raccourcissement notable et seulement avec un peu de raideur persistante de l'articulation. C'est pendant sa convalescence, alors qu'il se servait de béquilles pour marcher, qu'il s'aperçut que le doigt augmentait de dimensions et devenait gênant, voire même douloureux. Après avoir vu le malade, nous l'engageons à entrer dans notre service à l'hôpital Baujon.

État actuel à son entrée, le 23 *août* 1887. — Excellent état général. Aucun antécédent de tuberculose. L'index gauche est considérablement augmenté de volume, surtout au niveau de sa face antérieure et de ses

faces latérales, et d'autant plus qu'on approche d'avantage de sa base d'implantation ; la tuméfaction se continue vers la paume de la main ; elle s'arrête environ à son milieu ; du côté du médius existe une grosse bosselure qui empêche le rapprochement des deux doigts. La peau est rosée, non sillonnée de veines, absolument intacte, mais amincie. La palpation fait reconnaître une tumeur fluctuante dans toute son étendue, la pression alternative d'une extrémité à l'autre produit la crépitation de grains riziformes, si caractéristique; la bosselure interdigitale contient un liquide qui communique manifestement avec celui de la grande poche digitale. Le diagnostic se posait donc : synovite de la gaine de l'index à grains riziformes.

L'intervention jugée nécessaire fut acceptée par le malade. Elle consista, le 23 août 1887, à fendre toute la gaine digitale du bout du doigt dans la paume de la main, par une incision de 9 centimètres, après avoir préalablement pris toutes les précautions commandées par la méthode antiseptique et anémié le membre supérieur à l'aide de la bande et du tube d'Esmarch. L'incision confirma le diagnostic porté; il s'écoula au moins 40 grammes d'un liquide épais, jaunâtre, avec une quantité considérable de grains riziformes, très gros, blancs, solides; il existait deux diverticules, qu'il fallut fendre et exprimer séparément : d'un côté la bosselure interdigitale, de l'autre une tumeur palmaire qui fuyait sous les tendons fléchisseurs de la paume de la main. Toute la paroi de la synoviale et les deux tendons fléchisseurs, couverts de petites fongosités, furent grattés à la curette tranchante. Une des insertions du fléchisseur superficiel ayant été coupée, fut resuturée avec un point de catgut. Le tube d'Esmarch fut alors enlevé; on arrêta, sans grande difficulté, l'hémorragie en nappe, et toute la surface fut cautérisée à la solution de chlorure de zinc à 8 0/0. Ceci fait, la plaie fut refermée par une douzaine de points de suture superficiels au crin de Florence et quatre points de suture profonds, embrassant peau et parties fibreuses, de façon à refermer la gaine, aussi exactement que possible, au niveau des ligaments annulaires de réflexion des tendons.

Le pansement fut le suivant : deux drains très petits à chacune des extrémités de l'incision ; iodoforme en poudre, gaze iodoformée et pansement ouaté, épais et serré.

La réunion par première intention est obtenue. Les fils sont enlevés le dixième jour et l'opéré rentre chez lui au bout de douze jours de séjour à l'hôpital.

Les mouvements, difficiles dans les premiers temps, sont revenus en grande partie, ainsi qu'on peut le constater ; cependant, la flexion des deux dernières phalanges reste limitée. Le malade se sert, sans inconvénient, de sa main et se livre sans difficulté à ses occupations habituelles (7 décembre, trois mois et demi après l'opération).

Nous n'avons pu faire examiner les grains riziformes au microscope, pas plus que les petits débris fongueux obtenus par le curage. Aussi ne présentons-nous notre opéré qu'au point de vue de l'intervention. L'affection étendue qu'il présentait se prêtait difficilement au traite-

ment chirurgical; il fallait fouiller tous les coins et replis de la gaine synoviale pour n'y laisser aucun élément de récidive; nous croyons qu'aucune autre manière de faire n'eût pu donner les avantages de celle que nous avons employée. Toutefois, si nous avions à refaire semblable opération, nous y ajouterions la manœuvre suivante : au lieu de faire les sutures profondes à travers la peau et les parties fibreuses, nous reconstituerions la gaine aussi bien que possible, surtout au niveau des demi-anneaux fibreux de réflexion des tendons, par un premier plan de sutures au catgut, et par-dessus nous placerions les sutures superficielles au crin de Florence, ainsi que nous l'avons fait. Nous croyons que l'on obtiendra ainsi une restauration plus complète au point de vue des fonctions; les mouvements de flexion des deux dernières phalanges auront plus de chance de revenir dans leur totalité, par la restitution plus intégrale de leurs poulies de réflexion.

Présentation de pièce.

M. P. Segond. Dans notre discussion sur la cure dite radicale des hernies, je me suis, vous le savez, montré partisan convaincu de cette opération, et j'ai vanté bien haut les merveilleux résultats qu'elle nous permet d'obtenir dans le traitement des hernies. J'ai cependant fait deux réserves qui m'ont un peu séparé de quelques-uns de nos collègues, de M. Lucas-Championnère en particulier. J'ai fait observer qu'il était actuellement inexact d'accorder le qualificatif de *radicale* à cette cure opératoire, et j'ai spécifié qu'il était à mon avis indispensable de prescrire, à la suite de cette opération, le port d'un bandage. La pièce que j'ai l'honneur de vous présenter me paraît être une preuve nouvelle de cette manière de voir.

J'ai recueilli cette pièce sur une femme de 70 ans, morte de pneumonie *à frigore*, le 9 juin dernier; je lui avais, deux mois auparavant, pratiqué la cure dite radicale d'une ancienne entérocèle crurale droite de moyen volume, irréductible et sujette à des accidents d'étranglement. Mon opération avait été exécutée suivant les règles que vous connaissez : résection du sac, ligature de son collet le plus haut possible, suture des téguments au fil d'argent, drainage au point déclive, spica compressif. La cicatrisation complète avait été obtenue en dix jours, et, ce temps écoulé, la malade, parfaitement guérie, était restée sans pansement ni bandage. J'insiste particulièrement sur ce double fait : *réunion primitive parfaite*, *absence de bandage*, aussi bien avant qu'après l'opération. Ces deux conditions me permettent en effet d'affirmer que les renseignements anatomiques fournis par cette pièce ne sont

entachés d'aucune cause d'erreur. Les résultats sont bien ceux de la cure dite radicale, et la qualité des cicatrices n'a pu être modifiée ni par le pus, au moment de leur formation ni, plus tard, par la pression d'un appareil quelconque.

Et maintenant, voici les pièces. Ainsi que vous pouvez en juger, il est difficile d'imaginer un résultat opératoire immédiat plus parfait. Sur la peau, vous voyez la cicatrice linéaire de mon incision; sur le péritoine, parfaitement tendu au-devant de l'ancien anneau herniaire et dépourvu de toute dépression, quelques traces de péritonite circonscrite indiquent à peine l'ancien emplacement du collet ligaturé. Ce résultat serait-il resté tel en cas de survie plus ou moins longue et sans le secours d'un léger bandage contentif? Je ne le crois pas, et voici pourquoi :

Les arguments cliniques ne me manqueraient pas pour étayer ce pronostic. Mon opérée était, passez-moi l'expression, une tousseuse de vielle date. Ses fréquents accès de toux l'avaient maintes fois exposée à l'étranglement avant mon intervention, et, sans bandage, ces mêmos accès n'auraient pas manqué de favoriser la formation d'une hernie nouvelle, d'autant que la malado y était dès longtemps prédisposée par le relâchement général de ses tissus et de sa paroi abdominale en particulier. Mais laissons là ces présomptions qui échappent à notre vérification directe, et voyons par la dissection si mon opération avait réussi à créer des obstacles anatomiques d'apparence quelque peu durable à la production ultérieure d'une nouvelle hernie.

Or, jugez-en vous-mêmes. Voici les résultats de ma dissection poussée jusqu'au niveau de l'ancien trajet herniaire : peau, aponévroses, muscles, tissu cellulaire, sont séparés couche par couche, et, soit par la vue, soit par le toucher, il est impossible de reconnaître le moindre épaississement, la plus petite induration, rien qui rappelle, en un mot, la *colonne cicatricielle* obturatrice dont parle M. Lucas-Championnière. Partout les tissus sont sains et souples, et, ce que montre bien cette pièce, c'est que la réunion par première intention, lorsqu'elle est exempte de tout accident suppuratif, donne un retour parfait des tissus à leur état normal.

En d'autres termes, la région crurale est devenue par mon opération ce qu'elle était avant la production de la hernie, c'est-à-dire une région faible et prédisposée. Sans doute, il n'y a plus trace de hernie, le péritoine bien tendu n'offre pas la moindre dépression, mais il ne s'est formé nulle par de *rempart anatomique* suffisant pour qu'on soit en droit de considérer comme *radicale* cette cure opératoire cependant irréprochable, et voilà pourquoi cette pièce m'a paru constituer un bon argument en faveur des opinions que je défends sur les résultats définitifs de la cure dite radicale,

Discussion.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Je considère que ce cas n'est pas comparable à ceux dont on a parlé dans la discussion précédente, car il s'agit d'une hernie crurale.

M. Léon LE FORT. Quelques phrases de la réponse de M. Lucas-Championnière détruisent toute son argumentation. L'opération de la cure radicale n'est pas, dit-il, « une opération pour tout le monde. » On ne la fait bien que si on l'a fait un certain nombre de fois, et l'on n'évite les accidents que si l'on sait s'entourer de toutes les précautions de la méthode antiseptique la plus rigoureuse.

Une opération qui ne peut être faite que par quelques chirurgiens, en raison des difficultés qu'elle présente; une opération qui serait suivie d'accidents, si on n'opérait pas de telle ou telle façon, ne saurait être donnée comme un mode régulier de traitement, alors surtout qu'il s'agit de parer à une simple infirmité à laquelle tous les chirurgiens peuvent opposer l'emploi du bandage. Cet aveu de M. Lucas-Championnière est la condamnation de la cure radicale, telle qu'il la conseille pour tous les cas, pour toutes les hernies.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,

TERRILLON.

Séance du 14 décembre 1887.

Présidence de M. LANNELONGUE.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Une lettre de M. le Dr GAUTHIER (de Luxeuil), concernant un procédé d'éclairage de la vessie (Commissaire : M. Monod);

3° Une lettre de M. Nepveu, demandant, pour cause de maladie, à échanger son titre de membre titulaire contre celui de membre correspondant. Pareille demande ayant été faite par M. Farabeuf, la question sera soumise à la Société dans le premier comité secret;

4° M. le Dr Du Cazal, médecin principal de l'armée, à Clermont-Ferrand, envoie à la Société une observation de *plaie du larynx; mort rapide* (Commissaire : M. Chauvel);

5° M. Pozzi demande un congé pendant la durée du concours d'internat des asiles d'aliénés de la Seine;

6° M. le professeur Trélat offre, de la part de M. Baudry, professeur à la Faculté de médecine de Lille, le second et dernier fascicule de ses *Éléments de pathologie chirurgicale générale;*

7° M. le professeur L. Le Fort offre à la Société la première partie du *Manuel de Médecine opératoire* de Malgaigne, 9e édition, par L. Le Fort;

8° *Sur un cas de guérison radicale d'une hernie inguinale par un bandage spécial*, par le Dr E. Broussolle (de Dijon) (Commissaire : M. L. Le Fort);

8° *Gastrostomie pour un rétrécissement organique de l'œsophage; mort le 5e jour*, par le Dr Ovion (de Boulogne-sur-Mer) (Commissaire : M. Reclus).

M. Léon Le Fort. J'ai l'honneur de communiquer à la Société, de la part de M. le Dr Broussolle, ancien interne des hôpitaux et professeur suppléant à l'École de Dijon, une observation dont je donne un court résumé qui servira de rapport anticipé.

Il s'agit de la guérison radicale d'une hernie inguinale par le port d'uu bandage spécial, chez un malade alors âgé de 43 ans.

M. S..., boulanger, n'avait pas eu de hernie pendant son enfance. A l'âge de 29 ans, en soulevant un tonneau, il ressentit une douleur dans la région inguinale gauche et s'aperçut de l'apparition d'une tumeur à ce niveau. M. le Dr Michaux (de Metz) constata l'existence d'une hernie et conseilla l'usage d'un bandage.

Depuis cette époque (1856), M. S... porta très régulièrement un bandage français, et il fit même l'essai de plusieurs autres appareils plus ou moins compliqués. Cependant, en raison des efforts que nécessitait sa profession de boulanger, sa hernie sortait, en moyenne, deux ou trois fois par jour. En 1870, c'est-à-dire quatorze ans plus tard, et à l'âge de 43 ans, M. S... modifia son bandage en faisant juxtaposer deux ressorts assez doux, appliqués à une seule pelote. La superposition de deux ressorts se traduisait par une pression assez forte qui, dans les huit ou dix premiers jours, occasionna une gêne notable.

Cependant le bandage fut porté constamment pendant neuf mois, sauf toutefois pendant la nuit. Il déterminait une dépression de la paroi au niveau de la pelote. Grâce à ce bandage énergiquement appliqué, la hernie se maintint parfaitement réduite, même pendant les efforts.

Après neuf mois, comme la hernie n'avait pas reparu, le malade cessa l'emploi quotidien du bandage, mais pendant deux ou trois ans, il le remettait quelquefois par précaution lorsqu'il devait dans son travail déployer des efforts considérables. M. le Dr Broussolles vit ce malade au mois de juin 1887, pour quelques accidents dus à un emphysème pulmonaire dont le malade souffrait depuis 1866. Mis au courant de l'histoire de la hernie, M. Broussolles l'examina avec soin. Même au moment de violents efforts de toux, il n'y avait aucune impulsion, aucune trace de hernie.

Cette observation si intéressante n'a pas besoin de longs commentaires. Presque tous nous savons que les hernies de la jeunesse peuvent et doivent se guérir par le bandage; qu'à partir de l'âge de 25 ans les guérisons sont exceptionnelles, mais qu'on ne peut plus compter sur la guérison chez un malade de 30 à 35 ans. Voici cependant un exemple d'une hernie survenue à 29 ans, mal contenue pendant quatorze ans, sur laquelle le malade applique à 43 ans un bandage bien fait et énergique. Ce bandage n'est porté que pendant neuf mois, et seize ans après un médecin très autorisé constate que la guérison s'est maintenue, bien qu'aucun bandage n'ait plus été porté, et que la guérison a été radicale. C'est un exemple encourageant et qui ne doit pas être perdu.

A propos du procès-verbal.

M. Trélat. Au cours de notre dernière séance, j'ai interrompu M. Lucas-Championnière au moment où il disait que le pronostic et la guérison des opérations de cure radicale des hernies ne dépendaient pas de leur importance, de leur étendue, des résections de l'épiploon ou de brides d'adhérences, mais bien des conditions d'antisepsie dans lesquelles l'opération était exécutée. Je l'ai interrompu pour lui fournir un important argument favorable à notre thèse commune.

Comme cet argument m'a vivement frappé et qu'il me paraît avoir une réelle valeur démonstrative, je demande à la Société la permission de le lui rappeler en le précisant.

J'ai dit que depuis le règne de l'antisepsie les amputations se comportent comme la cure radicale des hernies. L'influence de l'étendue de la plaie tend à disparaître. La grande plaie aseptique

guérit aussi bien et presque aussi vite que la petite plaie aseptique. En revanche, la petite plaie septique est aussi grave que la grande plaie septique.

Autrefois les mortalités des amputations des membres étaient fort différentes suivant la nature et le segment du membre. C'était si vrai que la moindre mortalité était un motif dont le chirurgien devait tenir compte pour le choix du siège de son amputation, haut ou bas de la jambe par exemple.

Ces différences tendent à s'effacer, et je suis convaincu qu'elles se nivelleront encore davantage.

Voici les chiffres sur lesquels j'appuie ces opinions :

Depuis novembre 1880 jusqu'à novembre 1887, j'ai fait dans mon service 65 amputations de membres, cuisses, jambes, bras, avant-bras, qui se décomposent ainsi :

	Amputations.	Morts.	Pour 100.
Cuisses	31	6	19,3
Jambes	22	3	13,6
Bras	7	1	14,2
Avant-bras	5	1	20
Totaux	65	11	16,9

La gravité opératoire oscille entre six centièmes tandis qu'autrefois elle oscillait entre trente et quarante centièmes.

Cette uniformisation des résultats témoigne que l'étendue de la plaie ne joue plus qu'un rôle très restreint dans la marche et la valeur de la guérison.

Quand la plaie opératoire a été complètement garantie de toute cause de septicité, la guérison s'accomplit suivant la même marche, quelle qu'en soit la largeur. C'est ce que j'ai nommé, dans une communication faite en juin dernier à l'Institut, la *guérison physiologique*, un processus normal réduit à ses actes élémentaires, sans souffrance ni trouble d'aucune sorte.

M. Léon Le Fort. — J'ai parlé, dans ma communication, de pelotes moulées en feutre plastique; permettez-moi de vous en présenter un modèle. Il s'agit ici d'un cas exceptionnel nécessitant une pelote assez compliquée et tout à fait spéciale. Le malade avait une hernie congénitale étranglée, accompagnée d'ectopie testiculaire; mais le testicule s'était porté tout à fait en dehors, dans le pli de l'aine. Je pus réduire la hernie, mais pour la maintenir il fallait que la pelote, convexe au niveau de l'anneau, eût en dehors une cavité assez profonde pour loger le testicule. Grâce au moulage de la région et de la pelote par les procédés que j'ai indiqués, il m'a été possible de remplir cette double indication, irréalisable avec les pelotes ordinaires.

Je vous présente également un modèle de bandage applicable au traitement curatif de la hernie inguinale chez les enfants à la mamelle ou les très jeunes enfants. Les bandages ordinaires, toujours baignés par l'urine, ne peuvent servir, et l'on y substitue d'ordinaire les bandages dits en gomme, c'est-à-dire formés d'un tissu recouvert de couches successives d'huile de lin séchée. L'urine détériore facilement ces bandages, et leur contact devient irritant pour la peau. Je leur substitue un petit bandage dont voici le modèle : bandage en étoffe, sans aucun ressort, et que la mère fabrique elle-même. Il se compose d'une pièce médiane répondant au pubis, échancrée pour laisser passer la verge et la vulve et laissant, par conséquent, sur les côtés de l'échancrure deux languettes de linge à l'extrémité desquelles sont cousues les deux bandes formant sous-cuisses. Une bande formant ceinture s'attache aux extrémités latérales de la pièce médiane, et cette ceinture porte trois boutons, un pour attacher la ceinture, deux pour fixer les sous-cuisses sur les parties postéro-latérales Reste la partie représentant les pelotes. Voici comment on les fabrique. On taille des petits disques de linge dont les plus larges ont le diamètre d'une pièce d'un franc, les plus étroits celui d'une pièce de 50 centimes. On les superpose de manière à former un cône, dont le sommet répondra à l'anneau inguinal, et on les fixe avec quelques points de couture à la partie correspondante de la pièce médiane.

La valeur pécuniaire de cet appareil est nulle, il ne coûte que le travail de couture, la mère peut en fabriquer de six à huit. Quand ils se sont imbibés d'urine, on les remplace, on les lave, et ils resservent indéfiniment. Ce petit appareil, dont je me sers depuis vingt-cinq ans au moins, m'a toujours suffi pour obtenir la guérison des hernies inguinales développées à la naissance ou peu après la naissance.

Suite de la discussion sur la cure radicale des hernies.

M. le baron DE SABOIA (Rio-de-Janeiro). J'ai eu l'honneur de prendre place, au sein de la Société de chirurgie, comme membre correspondant, quand se discutait l'intéressante question de la cure radicale des hernies. C'est une question à laquelle je donnais, depuis 1861, la plus grande attention, en publiant un mémoire en portugais sur la cure par la méthode de John Wood (de Londres), et parce que, dans mon pays, les hernieux sont très nombreux.

Les résultats tout négatifs obtenus par moi et par d'autres chirurgiens de Rio-de-Janeiro avec la méthode Wood ont fait que j'ai laissé de côté toute opération pour la cure radicale des hernies,

surtout lorsque j'ai eu connaissance de l'opération de Czerny.

Ayant introduit, depuis mon voyage en Angleterre, en 1882, la méthode antiseptique de Lister dans les opérations et pansements de plaies, dans le grand hôpital de la Charité de Rio, où j'ai mon service, comme professeur de clinique chirurgicale, je n'eus pas la moindre difficulté à pratiquer aussitôt l'opération pour la cure radicale des hernies, et je fus suivi dans la même voie par plusieurs de mes collègues.

Je n'ai pas une statistique pareille à celle de M. Championnière, et ma pratique date seulement de 1883, mais, comme lui, je trouve que l'opération est très minutieuse et, dans un grand nombre de cas, très difficile. Sur les dix opérations que j'ai pratiquées jusqu'à ce jour, j'ai eu un cas où le malade a été pris d'accidents très graves qui m'ont presque fait perdre tout espoir de le sauver. C'était mon premier cas; je n'avais pas fait la résection du sac et je me suis borné, après le décollement de sa partie supérieure, à faire son capitonnage, tout à fait comme nous l'a décrit M. Terrillon. Le sac, en effet, suturé dans la partie supérieure, près de l'orifice interne du canal inguinal, est tombé, au bout de trois à quatre jours, dans le reste de son étendue, en mortification accompagnée d'une suppuration abondante, qui s'est épuisée ou a disparu grâce aux lavages avec la solution de bichlorure de mercure et avec les pansements phéniqués. Depuis, j'ai abandonné le procédé du capitonnage, et j'ai toujours fait la résection du sac et la section de sa partie supérieure, suivie de celle des parois de l'orifice inguinal. Tout dernièrement, au mois de mai de cette année, j'ai eu un cas qui prouve bien les difficultés qu'on peut rencontrer dans cette opération. Il s'agissait d'un individu âgé de 21 ans, qui avait deux hernies inguinales congénitales datant de longues années et qui se réduisaient en partie. Il souffrait de tiraillements et de douleurs au bas-ventre et voulait à tout prix être débarrassé de sa hernie. J'ai procédé à l'opération, et, le sac étant ouvert, j'ai reconnu que la hernie était formée par l'épiploon et par une anse du gros intestin, anse qui se trouvait fortement adhérente au sac, J'avais commencé à détruire ces adhérences quand le malade a été pris de vomissements violents qui ont déterminé l'issue de la masse intestinale. La réduction a été très difficile et très longue, mais enfin j'arrivai au but. J'ai terminé la destruction des adhérences de l'anse intestinale herniaire, j'ai fait la résection du sac, que j'ai suturé à la partie la plus profonde, et j'ai eu le bonheur de voir mon malade présenter seulement les phénomènes d'une péritonite due, à mon avis, au froissement de la masse intestinale et épiploïque. Néanmoins, il guérit de sa hernie droite, et il m'attend pour le guérir du côté gauche.

Dans les autres cas l'opération a réussi; elle est donc très difficile, mais elle n'est pas, à mon avis, dangereuse, à la condition néanmoins de suivre toutes les règles d'une antiseptie rigoureuse. Doit-elle être appliquée à tous les cas de hernies? A mon avis, non. Les hernies congéniales se guérissent très bien, dans les premiers mois ou les premières années, avec les bandages, à moins qu'il n'y ait une ectopie du testicule. J'en ai guéri plusieurs cas. Mais, quand l'individu, arrivé à l'âge de la puberté ou à l'adolescence, porte une hernie qui peut le gêner, par défaut de contention, ou qui n'est pas bien contenue, il est passible d'une opération qui, certainement, est une des belles cures de la chirurgie moderne. Dans un âge plus avancé, je me conformerais à la méthode très bien indiquée par M. le professeur Trélat.

Je n'ai pas revu un seul de mes opérés et je ne sais si les hernies ont reparu; ce que j'ai fait, c'est de leur recommander de porter toujours un bandage très peu comprimant et destiné seulement à diminuer les impulsions contre le canal inguinal et la paroi inférieure du ventre.

Voilà, messieurs, ce que je pense sur l'opération pour la cure radicale des hernies, et je vous présente toutes mes excuses pour avoir pris le temps de la Société avec des faits qui n'auront peut-être pas une grande importance pour la solution de la question relative à la cure radicale des hernies.

M. Richelot. Nous ne devons pas nous plaindre, si le débat que j'ai soulevé sur la cure des hernies et hydrocèles congénitales s'est transformé en une discussion plus vaste sur la cure radicale des hernies, dans toutes leurs variétés. Néanmoins, je vous demande la permission de revenir à mon point de départ, afin d'être plus à l'aise pour répondre nettement et sans confusion aux divers orateurs qui ont occupé cette tribune. J'ai voulu établir les faits suivants :

1° La dissection intégrale des sacs inguinaux, sauf de très minimes réserves, est toujours possible ; et c'est fort heureux, car elle est une condition majeure de la cure vraiment radicale.

2° La même dissection est toujours possible, en dépit des apparences contraires, dans les hernies et hydrocèles congénitales. Ici, j'ai indiqué par quel procédé minutieux, mais toujours abordable, on peut isoler le cordon spermatique dans les hernies petites et relativement récentes, où le conduit vagino-péritonéal est encore peu modifié par la présence des viscères. Un corollaire de cette seconde proposition, c'est la conservation du testicule dans la grande majorité des cas ; là-dessus, nous sommes tous d'accord.

3° Il est utile d'opérer, *dès l'adolescence*, les hernies congénitales reconnues, et cela pour plusieurs raisons : *a)* la hernie congénitale, abandonnée à elle-même, est plus dangereuse que toute autre ; *b)* à cet âge, la cure est plus bénigne et plus radicale que jamais.

4° Enfin, les hydrocèles congénitales, qui sont des hernies au petit pied, peuvent être guéries par le même procédé, que justifient doublement les dangers de la disposition congénitale, et l'extrême bénignité de l'opération.

A ces divers points, mes collègues ont donné leur assentiment ou apporté des réserves. Permettez-moi de passer en revue leurs principaux arguments.

M. Terrillon nous a parlé des hernies congénitales volumineuses; c'est le point sur lequel j'avais moins insisté. Ce que j'ai dit s'applique, il est vrai, à toutes les hernies congénitales; mais la question délicate, au point de vue du manuel opératoire et des indications, est celle des petites hernies de l'adolescence. Quand la hernie est ancienne et volumineuse, la dispositions des éléments du cordon, leur étalement à la face externe du sac, sont à peu près les mêmes que dans les hernies acquises de même âge et de même volume; leur adhérence n'est guère plus intime. Nous entrons donc, avec M. Terrillon, dans l'étude des procédés applicables aux vieux sacs inguinaux en général. Pourquoi notre collègue refuse-t-il de les disséquer tout entiers, et veut-il qu'on les oblitère par le « capitonnage »? Ce mode de traitement n'est valable qu'à une condition, c'est qu'avant d'adosser par des sutures les feuillets séreux qu'on laisse dans la plaie, on dissèque intégralement la partie la plus élevée du sac, pour l'oblitérer au-dessus de l'orifice interne, et ne pas laisser d'infundibulum que l'intestin poussera devant lui pour former un nouveau sac; c'est la condition *sine qua non* pour éviter les récidives. Or, je pose ce dilemme : ou l'isolement de la séreuse ne remonte pas assez haut dans l'abdomen et la cure radicale est illusoire ; ou, s'il est fait convenablement, vous avez accompli le temps le plus ardu de l'opération. Alors, pourquoi ne pas enlever le fond du sac, c'est-à-dire la partie la plus difficile à traiter? Est-ce pour abréger l'opération d'un quart d'heure? Pour mon compte, je vois un grand avantage à terminer la dissection, celui d'avoir une plaie simple et d'une réunion plus sûre, un avivement large et une bonne cicatrice de soutien.

Avec M. Championnière, je suis d'accord sur tous les points essentiels. Mon collègue m'a fait deux critiques portant sur la forme bien plus que sur le fond. J'ai dit que la dissection des sacs inguinaux est toujours possible et n'offre pas de grosses difficultés; il me répond que la cure radicale est une opération très difficile,

et que ceux qui la trouvent aisée sont ceux qui la font mal. Nous tendons au même but, en nous servant d'un langage différent : M. Championnière demande qu'on ne fasse pas des opérations sommaires, incomplètes, qui donnent des résultat médiocres et sur lesquelles on s'appuie pour discréditer la cure radicale ou en restreindre les indications; il faut donc opérer difficilement, minutieusement, sans négliger aucun précepte. Moi aussi, je demande que la cure soit efficace et la guérison définitive; et, comme la résection totale du sac est une condition majeure pour obtenir le succès, je trouve utile de prouver qu'elle n'offre pas les difficultés presque insurmontables que lui attribuent quelques-uns de nos collègues. Faut-il, puisque nous sommes d'accord sur le but à poursuivre, épiloguer sur les mots *facile* et *difficile ?*

M. Championnière me reproche encore d'avoir dit que, sur la dissection intégrale des hernies congénitales, les auteurs n'ont pas donné jusqu'ici de conclusions fermes ; et il allègue sa pratique et ses observations déjà nombreuses. Je n'ignore pas que mon collègue en sait tout aussi long que moi sur la question; mais ses idées, sur le point spécial qui nous occupe, ne sont encore développées nulle part, elles sont indiquées seulement dans son important travail sur la *Cure radicale des hernies*, où nous trouvons un passage relatif aux hernies congénitales; encore ces quelques phrases ont-elles surtout pour objet de lever certains scrupules sur l'ablation de la glande séminale. M. Terrier, dont je connais bien la pratique, n'a rencontré, sur une trentaine d'opérations, qu'une seule hernie congénitale. Pour moi, je vous ai apporté mon travail parce qu'il était prêt; mais je ne pense pas que nous fassions, en ce moment, une course au clocher. Qui donc a établi, *ex professo*, que le conduit vagino-péritonéal est toujours séparable des éléments du cardon, comme un sac inguinal ordinaire? Je trouve au contraire dans les auteurs les plus grandes divergences à cet égard. Pour la plupart d'entre eux, la question est neuve et incertaine. Voulez-vous savoir ce que pense un des Allemands qui se rapprochent le plus de notre opinion? Sonnenburg (de Berlin) dit qu'on a tort de sacrifier la glande séminale, et qu'on doit la conserver presque toujours. Mais il ajoute que le sac d'une hernie congénitale ne peut guère se séparer des éléments du cordon. Dans une série de cas opérés à la clinique de Bergmann, où l'ablation du testicule fut toujours évitée, une partie du sac fut isolée quelquefois, et l'orifice fermé par des sutures. Est-ce là une conclusion ferme? En revanche, quelques-uns déclarent — M. Segond vous l'a rappelé — que la moindre difficulté dans l'isolement du sac suffit pour autoriser la castration.

Aussi bien, je me suis placé sur un terrain très spécial. J'ai

rapproché la hernie et l'hydrocèle congénitale, deux affections qui, à certain point de vue, n'en font qu'une : c'est la persistance du conduit vagino-péritonéal, révélée par la présence d'un contenu, liquide ou viscère. Et j'ai dit qu'il y a tout avantage à supprimer de bonne heure le conduit séreux, parce que l'opération est alors franchement bénigne, et aussi parce qu'elle est plus radicale que jamais. En effet, nous n'avons pas affaire à des avachis, à des éventrés, à des hernieux comme l'entendait Malgaigne ; à côté des parois abdominales incomplètes, avec large anneau, ectopie testiculaire, exstrophie de la vessie, etc., on trouve nombre d'adolescents bien conformés, dont le bassin, les aponévroses, les muscles sont normaux, et dont la seule tare est la persistance du conduit vagino-péritonéal. Ceux-ci n'ont pas de raison pour devenir des hernieux, si vous oblitérez leur trajet; ils en ont, au contraire, pour affermir de jour en jour leurs parois abdominales. Il me semble que ces notions, et surtout la conduite qui en découle, ne sont pas si vulgaires et si communément admises, à voir l'opposition qu'elles soulèvent.

Ces détails donneront, j'espère, satisfaction à M. Terrier, qui m'a surtout demandé de faire une distinction nécessaire entre la hernie des jeunes sujets et celle des adultes. Ils feront cesser un malentendu qui me semble résulter des paroles de M. Reclus : nous sommes tous d'accord, a-t-il dit, pour ne pas opérer les jeunes. Pardon, je demande qu'on opère les jeunes, dans les conditions que j'ai dites et sur lesquelles je reviendrai encore ; non pas les enfants du premier âge, mais les adolescents, ceux qui entrent dans la vie, ceux qui vont se livrer à des travaux actifs, exercer leurs fonctions génitales, exposer leurs testicules. L'opération, à cet âge, a une valeur préventive qu'elle n'aura plus jamais au même degré. Quand cet enfant aura subi tous les ennuis, esquivé tous les périls de sa hernie, et sera devenu un homme de cinquante ans, traînant un paquet d'intestins entre ses jambes, où sera le bénéfice de ne l'avoir pas débarrassé plus tôt ? Je ne veux pas l'opérer malgré lui, s'il vit à son gré avec un bandage ; mais quand on nous consulte, en général, c'est qu'on est inquiet ou mécontent. Je lui conseillerai, pour ma part, de ne pas laisser venir l'âge où il peut être mis en demeure de subir une opération moins simple et moins sûrement efficace.

Il est impossible d'apporter plus de conscience et de sévérité à l'examen d'une question en litige que n'en a mis M. Berger dans son argumentation. La compétence de notre collègue, qui a fait des hernies en général une de ses études de prédilection, risquerait fort de m'embarrasser, si les preuves qu'il appelle à son aide n'étaient presque toutes empruntées à la statistique. A la vérité,

quand on a recueilli et compulsé 10,000 cas, c'est une faiblesse pardonnable que de vouloir s'appuyer sur des chiffres ; mais l'appui que donne ces chiffres est toujours bien incertain, quand il s'agit d'apprécier les faits délicats et complexes de la clinique.

M. Berger, malgré certaines réserves, cherche bel et bien à nous retenir dans la voie où nous sommes entrés. Voyons donc les raisons qu'il invoque en faveur de l'abstention; comme plusieurs de nos collègues ont reproduit les mêmes arguments sous des formes variées, je répondrai à tous en même temps.

1° *Les hernies congénitales de l'enfance guérissent presque toutes,* spontanément ou par le bandage. — Je crois l'opinion de M. Berger beaucoup trop optimiste, et il serait facile d'ergoter sur les chiffres qu'il apporte. Mais je puis me dispenser de faire cet examen, car je n'ai parlé que des hernies observées pendant l'adolescence. J'accorde, avec tout le monde, que la hernie congénitale peut guérir, et je ne demande pas qu'on l'opère dans les premières années de la vie. Mais si le bandage reste inefficace malgré tout le soin qu'on apporte à son application, ou parce qu'il est porté sans rigueur et sans méthode ; si la hernie persiste et augmente ; si, au bout de quelques années, les parents constatent l'inutilité de leurs efforts, s'inquiètent de l'avenir et nous demandent conseil, alors toute hésitation disparaît, nous sommes pleinement autorisés à faire, par une opération très bénigne, que l'enfant puisse vivre en liberté, consolide ses anneaux en se développant et ne devienne pas un hernieux dans toute la force du terme. Sommes-nous près de la quinzième année ? Alors je reviens sans réserve à ma formule : toute hernie congénitale reconnue, pendant l'adolescence et au delà, peut être opérée de parti pris.

M. Le Fort. Il n'est pas possible de laisser dire ici, comme une chose acceptée, que la hernie congénitale ne se guérit plus lorsque le malade a atteint l'âge de quinze ans. Toute hernie inguinale simple, congénitale ou non, peut et doit être guérie chez un malade de cet âge, si le malade suit les indications qu'on lui donne et si le chirurgien connaît la thérapeutique des hernies.

M. Richelot. 2° *La cure radicale n'est pas inoffensive.* — Je dirais volontiers que l'adolescence est l'âge de la bénignité absolue. Pour démontrer que la cure n'est pas inoffensive, M. Berger quitte ce terrain, et nous parle de la cure des hernies en général. Il invoque les chiffres de Socin (de Bâle) : 52 cas avec 2 morts ; ceux de Michel Banks : 78 cas avec 6 morts ; et il nous propose 2 ou 3 0/0 de mortalité. Ces chiffres ne démontrent pas grand'chose, car on ne peut juger la valeur d'une opération sans savoir où, pourquoi et comment les chirurgiens opèrent. Nous sommes

plus avancés que nos voisins, et la statistique française est la plus encourageante. M. Terrier comptait l'autre jour 117 cas heureux ; avec les miens nous approchons de 140 ; de toute façon, nous avons de quoi répondre à ceux qui demandent une centaine de cas pour croire à l'innocuité de la cure radicale.

Il est convenu qu'on ne doit pas opérer les vieillards et les cachectiques. Le diabète et l'albuminurie sont ici, comme toujours, un terrain dangereux ; quant aux vieux tousseurs, emphysémateux, prédisposés à la congestion pulmonaire, en vérité, ce n'est pas pour eux que l'opération est faite. Si quelque motif exceptionnel nous engage a tenter la chance, l'insuccès, dans de pareilles conditions, loin de compromettre la bonne renommée de l'opération, doit nous montrer combien il est mauvais d'attendre, pour y avoir recours, que les malades ne soient plus en état de la supporter.

En dehors de ces conditions mauvaises, nous avons la prétention de ne pas exposer la vie de nos malades. Et voilà pourquoi nous ne craignons pas d'opérer les hernies simples. On nous dit à cela que, d'après notre aveu, l'opération exige les précautions les plus minutieuses et une longue habitude de l'antisepsie ; qu'elle n'est pas à la portée de tous, et que d'autres chirurgiens confiants dans notre exemple pourraient avoir des désastres. Je sais, messieurs, que les meilleurs de nos maîtres aiment à recommander à nos jeunes confrères, à ceux qui exercent dans un milieu défavorable, avec un outillage imparfait, les opérations qu'ils peuvent aborder sans péril, les traitements qui rendent de bons services avec la plus grande somme de sécurité. C'est là un côté de leur enseignement qui me paraît des plus légitimes. Mais il ne s'ensuit pas — car les progrès de la chirurgie se font par le concours de tous — que des chirurgiens rompus à leur métier, bien aidés et bien pourvus, doivent reculer devant les opérations délicates.

3° *La cure radicale n'est pas efficace.* — M. Berger nous entraîne encore loin des hernies du jeune âge, en invoquant la statistique de Socin, qui donne un tiers de récidives. Je le suis volontiers, pour déclarer que ce résultat me paraît déjà très beau, surtout quand on songe que la hernie récidivée est toujours plus simple et moins dangereuse que la primitive. Quelle opération dirons-nous efficace, si deux tiers de guérisons définitives et un tiers d'améliorations ne peuvent nous encourager ? Revenons, d'ailleurs, aux hernies des adolescents : j'ai dit plus haut comment la cure est plus sûrement radicale à cet âge, il faut ajouter maintenant que, si la récidive se produit, la vaginale est fermée, le testicule est à l'abri des compressions douloureuses, un sac ordinaire est substitué au conduit séreux dont la conformation était une

source de dangers. Donc, l'amélioration est ici plus nette que jamais, et le service rendu plus important.

4° M. Berger m'a fait une dernière critique : il ne veut pas que l'hydrocèle congénitale prédispose à la hernie, et que la suppression de la première soit la cure préventive de la seconde. Il a vu rarement, en effet, les deux affections coïncider ou succéder l'une à l'autre.

J'ai dit que, dans l'hydrocèle congénitale, la sérosité importe peu, mais que la persistance du conduit vagino-péritonéal est une menace pour l'avenir. Assurément, ce n'est pas l'eau qui produit la hernie; mais l'hydrocèle n'est autre chose que la persistance du conduit révélée par la présence d'un liquide. Or, niez vous que la présence du conduit prédispose à la hernie congénitale? Non certainement, puisque l'une est la condition même de l'autre.

Et voici l'intérêt pratique de ce rapprochement. Si vous respectez l'hydrocèle, vous laissez la porte ouverte à l'intestin ; si, par un traitement quelconque, vous oblitérez la tunique vaginale, la partie supérieure du conduit n'en existe pas moins, et perpétue les chances de hernie funiculaire. Aussi ne me paraît-il pas monstrueux de faire la dissection intégrale du conduit dans toute sa hauteur, opération préventive et des plus bénignes.

Un mot encore à M. Paul Segond. Notre collègue affirme que dans certains cas, les plus rares à la vérité, la dissection du sac inguinal est impossible. S'il fonde son opinion sur le dire de quelques auteurs, l'argument ne peut me suffire, puisque mon travail avait précisément pour but de les réfuter. Je l'ai fait, en insistant sur une erreur souvent commise, et que nous devons signaler plustôt dix fois qu'une: on sait bien qu'il faut disséquer le vrai sac, l'isoler des couches adventices ; on croit le faire et on ne le fait pas. Il y a des chirurgiens qui prétendent que la dissection donne du sang ; ceux-là n'ont pas disséqué le vrai sac. Ceux qui l'ont fait l'ont isolé par voie de décollement, à l'état de mince feuillet, quelque vieille que fût la hernie ; et cela, je le répète, sans trouver d'obstacles insurmontables.

Mais M. Segond a dit lui-même que les cas d'impossibilité sont « très rares ». Nous pourrions dire, à notre tour, que rien n'est absolu en ce monde, et qu'une fois par hasard il pourra nous arriver de renoncer à l'ablation totale. Serions-nous donc si près de nous entendre?

Malheureusement, derrière les mots il y a les tendances, et votre tendance n'est pas la nôtre. La vérité, c'est que vous ne croyez pas à la cure radicale; pour vous, elle est uniquement destinée à rendre une hernie indolente et coercible. Alors, faisant de parti pris une opération palliative, il ne vous importe guère de pousser

jusqu'au bout la dissection; et vous la trouvez difficile, parce que vous ne tenez pas à la faire. Mais si, à partir d'aujourd'hui, vous consentiez à la trouver nécessaire, je vous mettrais au défi de la manquer jamais, car il n'y a pas de raison pour que votre bistouri échoue plus souvent que le nôtre.

Nous, au contraire, nous croyons à la cure radicale; nous possédons des faits qui nous encouragent; nous la faisons mieux qu'autrefois. MM. Verneuil et Le Fort nous affirment qu'elle est seulement palliative et que son nom est mal justifié; mais nos excellents maitres ne se plaindraient pas, j'imagine, si nous les forcions un jour à penser comme nous; ils seraient les premiers à nous féliciter d'avoir rendu ce grand service aux malades. Alors, et puisque nos opérés ne meurent pas, pourquoi nous arrêter la main ?

Pour moi, je ne veux pas me ranger parmi les sceptiques; je demande à conserver son nom à la cure radicale, parce qu'elle est radicale et parce qu'il faut qu'elle le soit.

(*La discussion est terminée.*)

Rapport.

Myxome kystique de la région sous-rotulienne. — Extirpation. — Guérison, par le Dr Chavasse.

Rapport par Ed. Schwartz.

Voici, messieurs, le fait dont vous a entretenu, il y a quelque temps déjà, notre confrère. Un garde républicain d'une trentaine d'années entre au Val-de-Grâce pour une tumeur de la région sous-rotulienne datant déjà de quatre années, qui a lentement augmenté de volume sans altérer la peau, mais en devenant douloureuse dans ces derniers temps.

L'examen montre à la vue une tuméfaction siégeant au côté externe du tégument sous-rotulien, grosse comme un œuf de pigeon allongé, sans changement de coloration des téguments; la tumeur est molle, fluctuante, ou plutôt pseudofluctuante, lobulée en certains points et même transparente en quelques autres ; elle se prolonge, par un pédicule gros comme une plume d'oie, sous le ligament rotulien sans qu'on puisse la suivre jusqu'au bout.

Ce pédicule est dur, non bosselé; il ne semble pas y avoir d'adhérences entre la tumeur et la peau non plus qu'avec les parties profondes sur lesquelles le néoplasme se mobilise.

M. Chavasse ne se décida pour aucun diagnostic précis, tout en inclinant vers une tumeur polykystique comme nature, fibrome ou myxome ; mais il décida d'en faire l'ablation, qui fut acceptée.

Celle-ci eut lieu facilement, on put disséquer le néoplasme jusqu'au niveau du pédicule, qui s'enfonçait profondément sous le ligament rotulien, on le tira en dehors le plus possible et on le sectionna.

L'opération, faite avec toutes les précautions de la méthode antiseptique, fut couronnée d'un plein succès : il y a 6 mois que le malade a été opéré, et il n'y a pas de récidive.

Il était intéressant de savoir à quel genre de tumeur l'on pouvait avoir affaire. M. Chavasse nous donne à ce point de vue de très longs détails macroscopiques et microscopiques, d'où il résulte que c'est un myxome kystique, avec pédicule presque complètement fibreux, ce qui écarte, bien évidemment, beaucoup de chances de répullulation sur place. Quel en a été le point de départ ?

C'est là une question à laquelle on ne peut répondre qu'avec beaucoup de réserve. La tumeur vient-elle de la bourse séreuse sous-rotulienne, ou du tissu cellulo-graisseux périphérique ? Nous inclinerons volontiers avec l'auteur pour la première opinion ; peut-être même pourrait-on admettre qu'elle n'est autre qu'une transformation d'un kyste synovial. Mais c'est là une simple hypothèse, sans rien pour l'appuyer, si ce n'est la structure et la pédiculisation de la tumeur.

Il nous a été impossible de trouver des faits semblables, hormis ceux mêmes recueillis par notre confrère : l'un de Gosselin, publié par Ranvier dans les *Bulletins de la Société anatomique* de 1864 ; un autre rapporté dans les *Archives de Langenbeck* de 1885, et qui se rapproche beaucoup de celui que nous venons d'analyser. L'observation de M. Chavasse porte sur un fait rare et intéressant dans l'histoire des tumeurs des bourses séreuses. Nous vous proposons de lui exprimer nos remerciements pour sa relation et de la déposer dans nos archives.

Communication.

Cystotomie sus-pubienne dans la cystite chronique douloureuse,

Par M. le Dr QUEIREL.

Depuis les nombreux succès enregistrés, dès l'année 1880, par les chirurgiens, on ne conteste plus l'importance de la taille hypogastrique, ni sa supériorité sur les autres procédés.

Je ne discuterai pas les motifs de la préférence qu'ont donnée certains de nos maîtres à cette méthode, qui fait revivre, perfectionné, le haut appareil de Franco pour extraire les calculs chez l'enfant, l'adulte ou le vieillard. Jusqu'à ces derniers temps, cette taille sus-pubienne était employée exceptionnellement et réservée à l'extraction des calculs volumineux ; aujourd'hui, elle tend à remplacer la taille prostatique et à devenir la méthode générale, classique. Bien plus, M. le professeur Guyon a étendu le cercle de ses indications à l'excision des tumeurs vésicales (1885), et M. Garcin (de Strasbourg) l'emploie comme opération préliminaire dans le cathétérisme rétrograde.

Personne, que je sache, n'a cependant proposé ce moyen de traitement dans la cystite douloureuse et chronique. Dans le 7e volume de l'*Encyclopédie internationale de chirurgie,* que je cite comme la publication la plus récente, Harrisson parle de la pratique de Weir, qui, dans les cas graves de cystite chronique, a pratiqué la taille périnéale : médiane, unilatérale ou bilatérale; mais rien n'est dit de la cystotomie sus-pubienne.

Nous avons eu occasion d'ouvrir la vessie par l'hypogastre deux fois, de propos délibéré, et le résultat a été si remarquable, le succès si complet, malgré les mauvaises conditions dans lesquelles nous opérions, que nous n'hésitons pas, si limitée que soit notre expérience, à recommander ce traitement contre une affection grave qui, par sa durée, plonge les malades dans un marasme accompagné des souffrances les plus vives.

En somme, c'est l'antisepsie du réservoir urinaire que nous employons contre la cystite infectieuse ; c'est une opération simple et sans danger contre une maladie qui entraîne à une mort fatale.

Observation I. — X..., 54 ans, calfat, rhumatisant et présentant des troubles de l'intelligence, nous est envoyé d'un service de médecine avec une infiltration urineuse. Il n'a pas uriné depuis plus de vingt-quatre heures ; les bourses sont tuméfiées, les membres inférieurs enflés. Les sondes ne passent pas. L'explorateur de l'uréthrotome interne non plus. Devant la gravité de cet état, nous nous décidons à pratiquer l'uréthrotomie externe, la boutonnière périnéale.

Le 2 septembre 1887, le malade est opéré. Les tissus qu'il faut intéresser pour arriver jusqu'à l'urèthre sont le siège d'un œdème considérable ; aussi le canal est-il très profondément situé. Cependant nous le trouvons sans aucun incident et sans grande difficulté. La sonde cannelée pénètre facilement dans la vessie ; mais il faut débrider une longue portion de l'urèthre, qui, en avant de la prostate, présente une induration de plus de 2 centimètres. Nous mettons une sonde à demeure, en la faisant entrer par le méat et la dirigeant vers la vessie par le doigt indicateur, enfoncé dans la boutonnière. Avant de remettre

le malade dans son lit, nous pratiquons de nombreuses mouchetures sur le scrotum, et nous faisons le lavage antiseptique de la vessie et de la plaie. Pansement à l'iodoforme.

Le lendemain et le surlendemain, amélioration très grande; la plaie a bon aspect et laisse passer un peu d'urine; mais la sonde fonctionne mal. Malgré des lavages bi-quotidiens, elle se bouche à chaque instant, et le malade n'urine pas, ou urine goutte à goutte par la plaie.

Le 5, il y a des phénomènes de septicémie; fièvre précédée de frisson, urines fétides, boueuses; on est obligé de retirer la sonde, qui ne fonctionne plus. La langue est sèche, il y a du délire. Nous prescrivons du musc et du sulfate de quinine; cathétérisme par la plaie.

Le 6, l'état s'aggrave; le malade est déprimé, il a du subdelirium, il est presque dans un état comateux. Le pouls est petit et fréquent; l'écoulement des urines est très imparfait et insuffisant; on pénètre difficilement dans la vessie, même par la plaie.

En face de ces accidents, nous nous décidons à pratiquer la *cystotomie sus-pubienne.*

Le 7 septembre, toutes les précautions antiseptiques ayant été prises, le rectum vidé, le ballon introduit et rempli d'eau chaude, nous donnons un peu de chloroforme au malade, juste assez pour qu'il ne sente pas l'incision de la peau. Il va sans dire qu'on ne peut remplir la vessie.

Nous pratiquons l'incision sus-pubienne très bas. Nous trouvons une épaisse couche de tissu cellulaire, car le malade est très gros. La ligne blanche incisée, nous arrivons sur le tissu cellulaire rétropubien. Je ne vois pas le péritoine. Le tissu graisseux, refoulé en haut par le bec de la sonde cannelée, laisse voir la paroi vésicale, qui se déchire sous la sonde. J'introduis l'index gauche dans la vessie, et, sans sortir celui-ci, je fais injecter de l'eau boriquée tiède, jusqu'à ce que le liquide ressorte clair et limpide, car l'urine est sanguinolente et boueuse. Je débride avec le bistouri boutonné en haut, pour agrandir l'ouverture vésicale. Je passe le drain double et de fort calibre; je le fixe aux lèvres de la plaie, que je suture, et je fais le pansement antiseptique à l'iodoforme.

Pas d'accident opératoire, pas de sang, pas de péritonite. La vessie est petite, ses parois sont dégénérées, la muqueuse est mamelonnée. Un des assistants croit même à un épithélioma de cette membrane. Les suites opératoires ont été des plus simples, et les complications qui ont retardé la guérison n'ont tenu qu'à des causes étrangères à l'opération.

En effet, le malade, qui a toujours du subdelirium, s'arrache à plusieurs reprises le drain, si bien que nous finissons par renoncer à le mettre, et que nous faisons des lavages et des injections par la plaie sus-pubienne et la boutonnière périnéale. Mais l'urine ne coule que par la première de ces ouvertures, très peu par le périnée et pas du tout par le méat.

Toujours du délire tranquille; diarrhée abondante et constante, mais appétit persistant, et pas de fièvre.

Nous tentons la fermeture de la plaie hypogastrique par la suture, sans succès, à cause de l'indocilité du sujet, et aussi de l'urine, qui ne veut pas prendre d'autre voie que l'hypogastre. Le malade s'arrache les sondes à demeure et urine par les plaies. Cependant, l'urine devient claire, les phénomènes généraux s'amendent, la diarrhée s'arrête, le délire cède, et le malade guérit enfin définitivement, les plaies s'étant fermées d'elles-mêmes, et le liquide urinaire ayant repris le cours normal. Divers médicaments, appropriés à son état, ont été donnés à cet homme : quinine, musc, acide salicylique, enfin glycérine et acide benzoïque. C'est cette dernière préparation qui semble avoir influé d'une manière heureuse sur la qualité des urines. Le lait et les toniques ont été aussi employés. Aujourd'hui, 1er décembre, l'état est parfait.

Obs. II (rédigée par mon interne, M. Jacques). — P..., 73 ans, garçon d'hôtel, entre, le 29 octobre, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de la clinique qui était confié temporairement à M. Queirel. Il se plaint de vives douleurs à l'hypogastre et dans les lombes. Il a de fréquentes envies d'uriner, surtout la nuit, et rend peu d'urine à la fois. Au commencement de la miction, les urines sont troubles ; elles contiennent des flocons de pus et des filaments de sang. Il y a, le matin, au fond du vase, un dépôt abondant. Avec la sortie du premier jet, il se produit une sensation de brûlure assez vive, qui se traduit par de la douleur au gland ; la suite de la miction n'est pas douloureuse. Le lavage de la vessie amène, par la sonde, du pus pris en flocons et en petits grumeaux, ainsi que des filaments de sang. Il y a de la fièvre, le pouls est faible, le malade a des évacuations diarrhéiques ; son état cérébral est mauvais ; les poumons sont congestionnés. Comme antécédents pathologiques, nous relevons : à 18 ans, un chancre du méat qui a rétréci celui-ci ; à 22 ans, une blennorrhagie qui a duré quatre mois et réapparaissait de temps en temps. A 71 ans, rétrécissement uréthral, opéré à l'Hôtel-Dieu par l'uréthrotomie interne ; enfin, mal perforant du pied droit. Malgré ces phénomènes anamnestiques et actuels, nous rappelant le succès précédent, et supposant, avec quelque raison, que la difficulté de la miction et le séjour de telles urines dans la vessie n'étaient pas étrangères à la gravité de l'état du malade, M. Queirel résolut de tenter quelque chose pour lui et se mit en mesure de pratiquer la *cystotomie sus-pubienne* pour débrider la vessie et faire l'antisepsie de ce réservoir.

Le 1er novembre, le malade, endormi pendant le temps très court de l'incision cutanée, est opéré comme le précédent, à cette différence près que l'opération fut encore plus facile et plus exsangue, s'il est possible. Ici, la vessie avait été injectée et contenait seulement 90 grammes de liquide boriqué, afin d'éviter la distension et la rupture, toujours possible dans ces cas-là. Pas d'incident. La boutonnière vésicale est très basse ; on ne voit pas le cul-de-sac péritonéal ; le drain est fixé dans la plaie suturée ; celle-ci est pansée à l'iodoforme, et le malade ne paraît pas s'être ressenti de l'opération. La vessie présente des colonnes et des traces d'inflammation vive.

Les suites de l'opération ont été très simples. La température, qui, au début, était de 39°,6, est descendue rapidement à 38°, puis à 37°, le sixième jour. Trois lavages par vingt-quatre heures. Le 7 novembre, l'eau revient claire; mais l'état cérébral est toujours mauvais, bien que la fièvre ait disparu. Enfin, la plaie se ferme, et le malade peut être considéré comme guéri de son affection vésicale.

Telles sont les deux observations qu'il nous a paru intéressant de publier pour servir à l'histoire de la cystotomie sus-pubienne. Ces faits parlent d'eux-mêmes ; aussi n'ajouterons-nous aucune considération, si ce n'est pour insister sur l'innocuité de l'opération, à condition, toutefois, que l'incision soit faite très bas, que l'on suive la méthode antiseptique rigoureusement, et qu'enfin la vessie ni le rectum ne soient trop distendus. Moyennant ces précautions, nous croyons qu'on pourra étendre le bénéfice de la boutonnière hypogastrique à un grand nombre d'états vésicaux qui, pour n'être pas sous l'influence calculeuse, n'en sont pas moins très dangereux, quelquefois même mortels.

Communication.

Balle enclavée depuis dix-sept ans dans les os du carpe. — Extraction,

Par F. Poncet, médecin en chef du Val-de-Grâce.

J'ai l'honneur de montrer à la Société une balle que j'ai enlevée ces derniers jours à un officier de la garde républicaine. Elle était logée depuis 1870 dans les os du carpe de la main gauche.

Voici les circonstances de cette extraction :

M. M..., capitaine, âgé de 43 ans, homme vigoureux, a été blessé en 1870, le 4 août, à Wissembourg. Le projectile, suivant lui, avait été tiré à 50 mètres; la chose n'était pas déjà vraisemblable, car, à cette distance, il ne fût pas resté dans les chairs. M. M... présentait à l'éminence thénar une petite cicatrice qui était, disait-il, l'entrée d'un projectile; mais il n'existait pas d'ouvertures de sortie, et, d'autre part, le malade était très affirmatif sur l'absence de toute exploration. Immédiatement après la blessure, il avait été fait prisonnier et emmené dans une maison d'école, où l'instituteur lui fit une application d'eau froide. La main s'était gonflée, et tous les mouvements étaient impossibles. En captivité, en Allemagne, le médecin de la forteresse qui établit le certificat d'origine constate bien un coup de feu dans le poignet gauche, mais il ne cherche pas le projectile.

Quoi qu'il en soit, cet officier rentre en France, fait son service tout

en souffrant beaucoup de la main gauche. Il y a cinq ans, il fit une chute sur cette main; la douleur fut telle qu'il perdit connaissance; depuis cet accident, il a toujours souffert beaucoup plus que dans la première période : le poignet était gonflé et atrocement douloureux, et, le service deveuant pénible, M. M... se décida à entrer au Val-de-Grâce.

A son entrée, nous constatons une déformation notable du poignet. La main paraît subluxée en bas, quand l'avant-bras est dans la pronation : c'est que toute la partie palmaire est gonflée, bien que cependant les extenseurs offrent aussi un léger degré de synovite sur la face postérieure des épiphyses.

En explorant le point le plus douloureux, on trouve entre le pisiforme et l'apophyse styloïde du cubitus une zone de forme anormale : les parties n'ont pas leur rapport habituel, et, dans cet intervalle, de l'apophyse stylo-cubitale au 5e métacarpien, on perçoit nettement une crépitation, un corps mobile, basculant, frottant les os du carpe.

C'est là qu'existe aussi le maximum de douleur : nous avons recours à l'appareil électrique destiné à la recherche des projectiles : comme toujours, le microphone ne marche pas, et, quand il revient de la réparation, c'est à peine si, en l'appliquant sur un bouton demi fermé, nous obtenons un courant et le tremblement résonnateur.

Cette observation nous démontre la fragilité de ces appareils et leur mauvaise construction. Ce n'est pas tout; à deux reprises différentes, nous enfonçons d'abord deux aiguilles qui devraient rétablir ce courant, — rien ne parle, — puis une petite canule à deux contacts : résultat absolument négatif.

Cependant, comme nous avions la certitude de la présence d'un corps étranger : projectile ou os du carpe isolé, mobile, l'extraction fut décidée et acceptée.

Incision allant du pisiforme à l'apophyse styloïde du cubitus restant au-dessous.

En incisant couche par couche, nous pénétrons dans le carpe, d'où sort subitement une quantité de pus fétide, noirâtre, qu'on peut évaluer à deux cuillerées.

Lavage à l'eau bichlorurée hydrargyrique. Le doigt, introduit dans la plaie, sent alors tout le côté interne des os du carpe dénudé, le pisiforme, l'os crochu et, près du cubitus, un fragment plus mobile, — la pince extractive mord plus facilement, — c'est la balle — et en effet nous la saisissons sous l'apophyse, elle vient aisément hors de la plaie.

Nous enlevons encore quelques fragments osseux frappés de carie, pulvérulents; il existe là une cavité lisse, tomenteuse; en bas, vers l'os crochu, les os du carpe sont dénudés mais adhérents.

Lavages antiseptiques; suture et drainage; pansement antiseptique immobilisant la main.

Depuis 6 jours, le malade n'a pas eu de fièvre ; aujourd'hui, la plaie est réunie et le tube à drainage ne donne issue à aucune goutte de pus. Pas de symptômes du côté des fléchisseurs.

Je considère donc ce malade comme hors de danger. La plaie se cicatrisera en dedans par bourgeonnement du tissu osseux. Il y aura en ce point une cicatrice adhérente, mais le tout sera limité à cet épisode sans retentissement sur les gaines musculaires.

La balle extraite est complètement déformée; elle ne pèse que 22 grammes; la forme irrégulière, comprimée d'avant en arrière et latéralement avec cavité, sillon de frottement, démontre qu'elle n'est pas arrivée de plein jet sur le carpe; elle a ricoché — le malade, en la voyant, n'hésite pas à penser que le projectile a touché une perche des houblons derrière lesquels l'ennemi tirait à couvert.

La forme nouvelle du projectile, en arrivant dans les chairs, augmentait encore la gravité de la lésion. Cependant, nul n'en avait tenté l'extraction, et cette balle est restée dix-sept ans dans la main.

Malgré cette innocuité apparente, nous n'hésitons pas à dire que, si, dès le début, une exploration méthodique avait démontré la place du projectile au côté interne de la main, vers l'éminence hypothénar, le devoir du chirurgien eût été d'extraire ce corps étranger, à moins d'un état épidémique grave dans le lieu de séjour du blessé, pourriture, infection purulente : quitte à remettre cette extraction à un temps meilleur.

Les conséquences de la conservation du projectile ont été l'inaction du bras pendant dix-sept ans et, dans ces cinq dernières années, la production de douleurs intolérables, avec danger d'une carie généralisée des os du carpe.

Cette observation démontre donc une fois de plus, s'il en était besoin, l'urgence de l'extraction des balles de gros calibre, qu'il ne faut pas assimiler aux petits projectiles de revolver.

Discussion.

M. Reclus. Je ne partage pas l'opinion défendue par M. Poncet dans sa communication, et je crois qu'il ne faut pas extraire primitivement les balles, à moins d'indication spéciale.

Dans le cas présent, je ne vois pas pourquoi on enlevait cette balle qui avait déjà séjourné pendant dix ans dans les tissus.

Pour appuyer mon opinion, je rappellerai deux faits qui me sont personnels.

Chez un officier supérieur, j'ai observé une balle de revolver ayant pénétré dans l'index. Elle était à fleur de peau ; aussi je fis une tentative pour l'enlever avec un davier. Mais la balle était incrustée dans l'os avec une telle force que je craignais, en insistant avec violence, de faire éclater l'os et le rompre entièrement. Je laissai donc la balle en place : la plaie guérit facilement.

Depuis cette époque, cet officier n'en a nullement souffert, et il a pu faire la campagne du Tonkin sans aucun accident.

Ma seconde observation est aussi probante : Il s'agit d'une balle de 11 millimètres qui pénétra dans le condyle interne du fémur. Il y avait eu pénétration manifeste, car pendant deux jours on vit sortir du sang mélangé du globules huileux, indiquant que la graisse du tissu spongieux avait été écrasée par le projectile. Un pansement propre et compressif suffit pour amener une cicatrisation rapide. Depuis, il n'y a eu ni douleur ni accident. Je n'avais pas cru devoir sonder le trajet, dans la crainte de provoquer une inflammation.

Je me suis fait ici une règle de conduite, que je tiendrai encore en pareille occasion, car si des accidents surviennent et s'il se forme un abcès, il sera toujours facile d'aller, par une incision et une trépanation, à la recherche du projectile qu'il faudra enlever.

Pour moi, il serait plus dangereux de faire des désordres, souvent étendus, pour aller à la recherche d'un projectile dès le debut de l'accident, que d'attendre les complications ultérieures, qui souvent ne se montrent jamais.

M. Poncet. On ne doit pas confondre les balles de revolver, dont parle M. Reclus, avec les balles de gros calibre dont j'ai parlé dans mes communications. Les premières, ordinairement petites, sont parfaitement tolérées par les tissus.

J'ai parlé déjà d'un cas qui démontre ce résultat mieux que beaucoup d'autres. Il s'agit d'un Arabe qui reçut une balle de revolver, laquelle traversa l'estomac et le cœur sans causer aucun accident grave ; les orifices faits par le projectile étaient trop petits pour donner lieu à des complications et même à l'hémorrhagie.

Pour les projectiles de 25 à 30 grammes, il faut les enlever le plus rapidement possible, si cela est possible, sans de trop grands désordres, car les accidents ultérieurs existent presque toujours ; ils sont rapides et graves.

M. Le Fort. Tous les chirurgiens s'entendent sur un point : il ne faut pas toucher aux petits projectiles, qui sont bien tolérés. Mais je suis de l'avis de M. Poncet, et avec beaucoup d'autres, que les gros projectiles doivent être enlevés rapidement.

S'il est superficiel, si on le sent, il faut ne pas hésiter; en cela je diffère de M. Reclus, qui préfère le laisser.

M. Poncet. L'officier dont j'ai parlé ne s'est pas plaint et n'a pas réclamé le secours des chirurgiens militaires : c'est ce qui explique le retard qu'on a mis à enlever le projectile qu'il portait depuis si longtemps. Mais s'il était venu au Val-de-Grâce au début, peu après l'accident, aucun chirurgien n'aurait hésité à le débarrasser de ce projectile qui l'a tenu dans un état de douleur et de malaise, lequel lui a permis de faire son service avec peine et seulement grâce à l'indulgence de ses chefs.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,
Terrillon.

Séance du 21 décembre 1887.

Présidence de M. Lannelongue.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine ;

2° Une lettre de M. Magitot, demandant un congé d'un mois pour raison de santé ;

3° La première livraison de la Collection des anciens alchimistes grecs, par M. Berthelot (envoi du ministère de l'instruction publique);

4° *Rede ter Nagedachtenis,* van Prof. C.-B. Tilanus (d'Amsterdam), par le professeur C.-L. Wurfbein ;

5° *Werken van het Gensotschap ter revordering der Natur. Genes en Heilkunde* (d'Amsterdam);

6° *De las fracturas del craneo y de la trepanacion,* par le Dr E. Arestza (de Barcelone) ;

7° *Manuel de pathologie chirurgicale* de Jamain et Terrier (t. III, fasc. 2), avec le concours de MM. A. Broca et Hartmann ;

8° *Mort subite sous le chloroforme*, par le Dr Ovion (de Boulogne-sur-Mer) (Commissaire : M. Périer);

9° *Plusieurs observations de chirurgie (psoitis, — fractures du crâne, etc.)*, par le Dr Ledru (de Clermont-Ferrand) (Commissaire : M. Kirmisson).

Élections du bureau pour 1888.

Pour la Présidence (votants, 26).

M. Polaillon est nommé par 24 voix.

Pour la Vice-Présidence (votants, 26).

M. Le Dentu est nommé par 25 voix; 1 bulletin blanc.

Premier Secrétaire (votants, 24).

M. Monod est nommé par 24 voix.

Deuxième Secrétaire (votants, 23).

M. Pozzi est nommé par 23 voix.

M. Terrier est maintenu dans ses fonctions de secrétaire-archiviste ;

M. Schwartz, dans ses fonctions de trésorier.

Communication.

Épanchements pleurétiques compliquant les kystes de l'ovaire,

Par M. le professeur A. Demons (de Bordeaux), membre correspondant.

J'ai rencontré, sur un assez grand nombre de femmes portant des kystes de l'ovaire, des épanchements pleurétiques plus ou moins abondants, occupant un côté ou les deux côtés de la poitrine. Cette complication est intéressante à connaître, tant au point de vue du diagnostic de l'affection principale, qu'au point de vue du pronostic et de la thérapeutique à suivre.

On sait fort bien que les tumeurs malignes de l'ovaire, avec ou

sans kystes, peuvent déterminer la production d'épanchements pleurétiques, et cela de deux manières : ou bien par altération du sang, par cachexie, il s'agit alors d'hydrothorax simples ; ou bien comme conséquences de tumeurs secondaires du poumon.

J'entends parler ici d'un autre ordre de faits, et dire un mot d'épanchements pleurétiques survenus chez des femmes atteintes de kystes de l'ovaire communs, qui ne récidivent pas après l'extirpation et ne se généralisent pas. Ces épanchements, dont l'étiologie et l'importance sont tout à fait spéciales, ne paraissent pas avoir attiré l'attention des chirurgiens d'une manière suffisante.

J'ai observé cette complication déjà neuf fois sur cinquante femmes examinées, par conséquent, dans une proportion de cas telle, que je me refuse à admettre une simple coïncidence.

Voici, très brièvement indiqués, les résultats de mon étude :

L'épanchement, ordinairement modéré, quelquefois assez considérable, plus rarement très abondant, siégeait sur un des côtés de la poitrine ou dans les deux plèvres. Quand il était unilatéral, il n'occupait pas toujours le côté correspondant au côté de l'abdomen où avait pris naissance la tumeur ovarienne. Je dois dire que, dans les faits que j'ai observés, le kyste avait déjà dépassé la ligne médiane. Il s'agissait, en effet, de kystes assez volumineux, quelquefois énormes. Cependant, en serrant de près l'étude des commémoratifs, j'ai acquis la conviction qu'une tumeur encore confinée dans un des côtés de la cavité abdominale pouvait produire un épanchement pleurétique du côté opposé. Ceci mérite confirmation. Le liquide épanché était opalin ou citrin, transparent ; du moins, tels étaient ses caractères dans le seul cas où la thoracentèse ait été pratiquée. Ce n'était point un liquide d'hydrothorax, produit par un trouble de la circulation ou par une altération du sang, car, après sa résorption, on entendait toujours et manifestement un bruit de frottement pleural plus ou moins accentué.

Parmi les femmes qui présentaient cette complication, quelques-unes éprouvaient une douleur plus ou moins vive dans le côté malade ; d'autres n'en accusaient aucune, ou ne se plaignaient que d'une gêne, d'une souffrance sans siège bien limité. L'oppression était plus ou moins marquée, suivant l'abondance de l'épanchement. Quand le kyste était volumineux et repoussait en haut le diaphragme, la dyspnée pouvait aisément être mise sur le compte de ce refoulement. Chez des sujets portant des tumeurs de dimensions médiocres, et éprouvant une gêne de la respiration très manifeste, j'ai pu, à distance, et sans pratiquer l'examen de la poitrine, soupçonner et prévoir l'existence d'un épanchement pleurétique, justement parce que je ne trouvais pas dans le volume de la tumeur une explication suffisante de la dyspnée. Quelques

femmes avaient, en même temps, une ascite plus ou moins abondante, que je n'ai pas trouvée chez toutes. Ce point est aussi à revoir. Quelques-unes présentaient de l'œdème des membres inférieurs.

Je pense que ces épanchements pleurétiques se produisent de la manière suivante : la tumeur abdominale trouble la circulation des vaisseaux lymphatiques de l'abdomen, et cette perturbation se propage dans les vaisseaux lymphatiques de la plèvre au travers du diaphragme.

Quoi qu'il en soit de cette explication, il importe de distinguer ces épanchements pleurétiques, dangereux seulement par leur abondance, des épanchements beaucoup plus graves qui sont sous la dépendance d'une tumeur secondaire des poumons ou de l'infection cancéreuse. La lenteur de la marche de la tumeur abdominale, les caractères mêmes de cette tumeur, l'absence des signes de la cachexie, aussi l'absence de toute hémoptysie, la nature du liquide épanché dans la plèvre (non sanguinolent), sont les bases de ce diagnostic différentiel.

La question du traitement repose tout entière sur la connaissance exacte de chaque fait clinique. Il est bien évident que l'ovariotomie est contre-indiquée, si l'on pense que la tumeur abdominale s'est généralisée, ou si la cachexie cancéreuse a déjà fait son apparition. Dans le cas contraire, si l'épanchement pleurétique est la conséquence d'un kyste ordinaire, commun, de l'ovaire, non seulement l'ovariotomie ne trouve de ce côté rien qui puisse en éloigner le chirurgien, mais encore elle constitue le meilleur traitement de la lésion pleurale, en faisant disparaître la cause qui lui a donné naissance. Une dame B..., que j'ai observée il n'y a pas longtemps, présentait, en même temps qu'un kyste de l'ovaire droit, un double épanchement pleurétique abondant. L'existence de cette complication fit penser à son médecin que la malade avait des tumeurs cancéreuses multiples. Il fit, à plusieurs reprises, de chaque côté, l'opération de la thoracentèse. Mais le liquide se reproduisait très vite, et la santé générale se détériorait rapidement. Je pratiquai l'ovariotomie. Le double épanchement disparut comme par enchantement, et ne se reproduisit pas. Mme B..., menacée d'une fin prochaine, se rétablit complètement et se porte à merveille aujourd'hui.

Je me suis demandé plusieurs fois si la présence de l'épanchement pleurétique ne constituait pas un danger pour l'opération de l'ovariotomie, si la chloroformisation ne serait pas de ce fait rendue périlleuse, si l'épanchement ne courait pas le risque de devenir purulent, etc. Vaines craintes ! Je n'ai vu aucun des accidents que je redoutais, et j'ai vu, au contraire, dans tous les cas,

après l'ovariotomie, l'épanchement se résorber rapidement, sans qu'aucune médication spéciale ait été dirigée contre lui. Naturellement, si l'épanchement était fort abondant, et produisait des troubles sérieux dans la respiration ou la circulation, je crois qu'il serait sage d'avoir recours à la thoracentèse, avant d'entreprendre l'extirpation du kyste.

Discussion.

M. Terrier. Les faits de pleurésie accompagnant les kystes de l'ovaire publiés par M. Demons sont déjà connus et j'ai moi-même signalé des faits semblables dans les séries d'ovariotomie que j'ai publiées.

Cependant la proportion de pleurésies que j'ai constatées chez mes malades n'est pas aussi considérable que celle indiquée par M. Demons.

Cela est peut-être dû à ce fait que, mon attention n'ayant pas été appelée sur ce point d'une façon spéciale, je n'ai pas recherché tous les cas avec beaucoup d'exactitude.

Il m'a toujours semblé que cet épanchement pleural indiquait une généralisation cancéreuse du kyste de l'ovaire. Aussi, pour moi, il constitue un pronostic assez sérieux.

Cependant j'ai vu une malade qui, avec un kyste bénin, avait un épanchement pleurétique. Malgré cette apparence, cette femme est morte au bout d'un an de généralisation.

Le plus souvent, le liquide se reproduit après la ponction, il est abondant et provoque de l'asphyxie lente ou des accès d'étouffement.

Je n'admets pas volontiers la pathogénie indiquée et discutée par M. Demons, et j'avouerai franchement que le mécanisme de sa formation m'échappe complètement, aussi je ne formulerai aucune théorie.

L'épanchement pleural ne contre-indique nullement l'opération du kyste. Dans toutes les hypothèses, la malade ne peut que gagner à l'intervention. Si sa pleurésie n'est pas cancéreuse, celle-ci peut disparaître, la malade est alors très soulagée. Si la pleurésie est de nature cancéreuse, elle n'a rien à perdre. Mais je ponctionne toujours la plèvre, avant l'opération, quand la respiration est trop gênée, et je me suis toujours loué de cette intervention.

M. Bouilly. Je n'ai vu la plèvre remplie de liquide que sur deux des malades que j'ai opérées, actuellement au nombre de 25 ou 30. Il me semble donc que cette complication est rare.

Chez un malade qui portait un gros kyste de l'ovaire, l'épanchement pleural était considérable. Une ponction du kyste permit à la malade de respirer plus facilement.

Quelque temps après, j'enlevai le kyste ovarien malgré la difficulté que nous avons éprouvée pour faire supporter le chloroforme. Peu après l'opération, la pleurésie a disparu d'elle-même et la malade guérit sans encombre.

Chez une seconde malade, il s'agissait d'une tumeur solide de l'ovaire, avec ascite, qui se compliquait d'un épanchement pleural très abondant et gênait beaucoup la respiration. De même que pour ma première malade, après l'ablation de la tumeur abdominale, l'épanchement pleural disparut lentement et la malade guérit.

Mais à côté de ces deux cas heureux, je me rappelle un troisième qui diffère des deux autres. Une femme avait une tumeur solide et maligne née aux dépens de l'intestin. Une ascite considérable l'accompagnait, et le tout était compliqué par un épanchement pleural abondant. Je fis dans la plèvre une dizaine de ponctions.

Voulant essayer une opération radicale, je pratiquai une laparotomie qui malheureusement fut purement exploratrice, mais je vidai le liquide de l'ascite. Après cette intervention, l'épanchement de la plèvre diminua et disparut petit à petit.

Ainsi je crois que les tumeurs bénignes peuvent, au même titre que les tumeurs malignes de l'abdomen, donner lieu à l'épanchement pleural; mais dans ces deux cas la présence de ce liquide n'entraîne pas le même pronostic.

M. Championnière. Je crois que ces *hydropisies de la plèvre*, car c'est ainsi qu'on doit désigner ces épanchements, sont surtout fréquentes dans le cas de tumeurs végétantes de l'abdomen se compliquant ou non d'ascite.

Pour moi, le pronostic est toujours fâcheux. Chez ces malades, l'examen de l'urine, que je pratique avec soin d'après l'indication de Thiriar (de Bruxelles), montre que l'urine est en quantité très faible, en même temps que le chiffre de l'urée diminue aussi considérablement.

J'ai observé dernièrement trois cas de ces hydropisies pleurales, et le pronostic était mauvais, surtout à cause de la présence de végétations dans les tumeurs abdominales.

M. Terrillon. Je n'ai pas trouvé une proportion d'épanchements pleuraux aussi considérable que M. Demons, sur 120 ovariotomies que j'ai pratiquées.

Cependant j'examine avec soin mes malades et je m'intéresse toujours aux lésions thoraciques qui sont d'un pronostic défavorable pour l'opération.

Je n'ai trouvé que trois cas d'épanchement pleural. Dans un, la ponction de la plèvre donna issue à plus de deux litres de liquide. La malade fut opérée de son kyste, peu après, elle guérit facilement

et le liquide de la plèvre ne s'est pas reproduit depuis un an. Les deux autres malades avaient des tumeurs malignes de l'ovaire et de l'abdomen, déjà généralisées.

Il y a donc pour moi deux variétés d'épanchement : les uns, bénins, se résorbant facilement, et accompagnant ordinairement les tumeurs bénignes ; les autres, indices d'une lésion cancéreuse ou végétante des ovaires, et probablement dus à une généralisation du côté de la plèvre.

M. Verneuil. Toutes les tumeurs intra-abdominales peuvent se compliquer d'épanchement pleural. Ainsi j'ai vu un épanchement de cette nature développé par le fait de la présence d'un kyste hydatique du foie. Ce fait a été consigné dans un mémoire de M. A. Petit.

Les néoplasmes de l'utérus peuvent produire la même complication.

Je crois qu'on peut expliquer la formation du liquide par la gêne produite par ces tumeurs sur la circulation lymphatique. Ainsi se comprend la résorption du liquide après l'ablation de la tumeur, cause de la pression intra-abdominale, ainsi que nos collègues nous en ont cité des exemples. Je n'admets donc pas volontiers la théorie anatomique proposée par M. Demons.

M. Demons. Nous sommes, je crois, tous d'accord sur ce fait que ces épanchements pleuraux, souvent volumineux, doivent inquiéter au point de vue du pronostic. Il faut donc que les chirurgiens les connaissent, s'en préoccupent et ne les laissent pas passer inaperçus avant l'opération, sans s'exposer à des déboires.

Comme mes collègues, j'admets deux variétés, l'épanchement simple et l'épanchement cancéreux, qui est remarquable par la présence du sang dans le liquide, au moins dans un grand nombre de cas. Celui-ci est d'un pronostic grave.

Quant à leur fréquence, je n'oserai la préjuger, car j'ai probablement eu une série exceptionnelle que nos collègues n'ont pas rencontrée.

Communication.

Troisième série de trente-cinq ovariotomies[1],

Par le Dr Terrillon, chirurgien de l'hospice de la Salpêtrière.

Cette nouvelle série comprend les ovariotomies que j'ai prati-

[1] Les deux premières séries ont été publiées dans le *Bulletin général de thérapeutique*, 30 octobre 1884 et 30 janvier 1887, et dans les *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, 1886 p. 904.

quées depuis le mois d'octobre 1886 au mois de novembre 1887, la plupart dans mon service à la Salpêtrière. Je ne fais rentrer dans cette série que les cas d'ablation des ovaires pour kystes ou tumeurs de ces organes; en effet, les autres opérations pratiquées dans le but d'enlever les ovaires enflammés, les ovaires sains dans le cas de fibrome utérin ou d'hémorrhagie utérine (opération de Battey), ne seront pas comprises dans cette statistique. Ces opérations diffèrent, sous bien des rapports, des ovariotomies pour kystes ou tumeurs de l'ovaire; aussi je crois qu'il ne faut pas les confondre dans la même classe.

Sur ces trente-cinq ovariotomies, je n'ai perdu que quatre malades; mais on pourra remarquer, en consultant le tableau, que les vingt dernières, sans aucune interruption, ont guéri sans accidents.

Sans vouloir excuser les causes de la mort chez ces quatre malades, je ferai cependant remarquer, ce qui a une grande importance au point de vue chirurgical, qu'aucune n'est morte de péritonite ou d'infection. Je puis donc affirmer que, pour toute cette série, j'ai pu mettre mes malades à l'abri des causes d'infection et de péritonite, ordinairement si redoutées après l'ovariotomie.

Bon point qui mérite d'attirer l'attention est que ces quatre malades étaient toutes dans un état grave, antérieur à l'opération; que l'ablation du kyste a nécessité des manœuvres étendues et prolongées; l'opération avait produit des désordres très graves du côté des organes de l'abdomen.

Chez elles, l'état général était épuisé par le fait de la longueur de la maladie ou des accidents antérieurs; cependant cet état d'affaiblissement ne m'avait pas fait hésiter à pratiquer l'opération.

En effet, je considère que le chirurgien doit toujours tenter l'ablation des kystes ovariques chez toute femme menacée de mort à brève échéance par le fait du développement de sa tumeur. Aussi je n'ai jamais hésité à proposer l'intervention et à la faire aussi prochaine que possible, quel que fût l'état d'affaiblissement et l'âge de la malade, et quelque graves que j'aie pu supposer les complications avant l'opération.

J'ajouterai que souvent j'ai eu à constater, dans ces conditions défectueuses, des succès inespérés, ainsi que le prouvera la lecture de plusieurs observations.

Comme il peut être intéressant et utile pour d'autres de connaître exactement les causes de ces insuccès, je vais les indiquer en quelques mots.

L'une de ces malades (obs. I) avait cinquante-quatre ans. Très affaiblie et albuminurique, elle portait un kyste énorme, depuis trois

ans. L'abdomen avait 104 centimètres de circonférence. A plusieurs reprises, sa vie avait été menacée par des attaques de péritonite violente.

L'opération dura deux heures, et fut particulièrement difficile à cause de l'étendue et de la résistance des adhérences au niveau de la paroi abdominale, aux intestins et dans le petit bassin. La tumeur fut enlevée dans sa totalité. Elle ne pesait pas moins de 25 à 30 livres. La malade mourut d'épuisement douze heures après l'opération.

La *seconde malade* (obs. XII) était âgée de 61 ans. Elle portait un gros kyste de l'ovaire depuis 18 mois environ.

Elle avait subi, trois mois avant l'opération, une ponction qui avait produit des accidents abdominaux et avait laissé la malade dans un état d'affaiblissement qui n'avait fait que s'accentuer.

L'opération dura une heure trois quarts. Le kyste présentait des adhérences totales sur toute la surface et il était adhérent intimement à la face postérieure de l'utérus. Cette adhérence fut détachée avec peine et donna beaucoup de sang. Un drainage du bassin, institué après l'opération, laissa suinter une grande quantité de liquide séro-sanguin. Il s'agissait d'un vieux kyste à parois devenues graisseuses et calcaires, avec adhérences totales. La malade ne put supporter le choc de l'opération, et mourut d'épuisement lent à la fin du quatrième jour.

Une *troisième malade* (obs. XIV), âgée de 49 ans, était très affaiblie, très maigre, portait depuis trois ans un kyste énorme. L'abdomen avait 125 centimètres de circonférence.

L'opération dura une heure trois quarts. Le kyste était tellement adhérent que je crus, pendant le cours de l'opération, ne pas pouvoir l'enlever en entier; il se rompit plusieurs fois. Les adhérences avec la paroi abdominale, le diaphragme, l'épiploon et plusieurs anses intestinales étaient tellement vasculaires que la malade perdit beaucoup de sang. Elle mourut d'épuisement après trente-six heures.

Enfin, la *quatrième* (obs. XV) était une femme de 22 ans, portant un kyste volumineux datant de deux ans. Elle était accouchée d'un enfant mort, vingt-cinq jours avant l'opération. Deux ponctions pratiquées pendant la grossesse avaient été suivies d'accidents. D'après les symptômes, fièvre, langue un peu sèche, etc., je diagnostiquai une suppuration du kyste ou au moins d'une de ses poches. L'abdomen avait 135 centimètres de circonférence. L'opération dura une heure et quart. Je pus enlever une grande partie du kyste malgré les adhérences très intimes, mais je dus en laisser une partie dans le bassin. Deux poches principales de cette tumeur étaient suppurées. La malade mourut cinq heures après l'opération.

Il est donc facile de voir, par ces quelques résumés, que les difficultés opératoires et l'affaiblissoment des malades ont bien étó la cause de la mort.

Difficultés opératoires. — Dans l'ensemble de ces ovariotomies, les difficultés opératoires ont été variables suivant les cas; mais ce qu'on peut remarquer, c'est que la plupart des opérations ont été difficiles, et ont nécessité des désordres assez étendus du côté du péritoine ou des organes de l'abdomen.

L'opération n'a été simple, facile, ne nécessitant la destruction d'aucune adhérence ou aucune décortication causée par l'inclusion dans le ligament large, que dans sept cas.

Nous avons donc eu vingt-huit opérations difficiles avec des adhérences souvent très étendues. Huit de ces kystes étaient inclus dans le ligament large, quelquefois profondément, et ont nécessité une décortication ordinairement difficile.

Malgré ces désordres, les malades ont bien supporté l'opération; presque toutes n'ont pas eu d'élévation de température, même au début. Je renvoie aux détails de quelques-unes des opérations, pour rappeler que les adhérences totales à la paroi abdominale, au diaphragme, à l'intestin et même au foie, ont permis, malgré l'abondance du sang épanché et l'étendue des surfaces saignantes, une guérison rapide et sans accidents.

Variétés des kystes. — Les tumeurs qui ont été enlevées dans ces différentes ovariotomies présentaient les variétés suivantes:

Kystes multiloculaires	21
Kystes pauci- ou uniloculaires	7
Kystes para-ovariens	6
Sarcome de l'ovaire	1

Tous ces kystes, excepté deux, furent enlevés complètement.

Dans l'un, une large plaque adhérente à la face postérieure de l'utérus fut laissée en place, car il était impossible de la séparer de cet organe. Le kyste avait suppuré. Il s'agit de la malade de l'observation XV dont j'ai parlé plus haut, et qui est morte cinq heures après l'opération.

Le second cas d'ablation incomplète est celui d'une femme de 55 ans, qui portait un kyste très volumineux depuis vingt ans. Kœberlé, qu'elle avait consulté à Strasbourg, il y a dix ans, avait refusé do l'opérer.

Malgré les adhérences très solides, j'ai pu enlever la plus grande partie du kyste; mais toute la partie inférieure occupant le petit bassin était tellement soudée aux parties voisines, qu'il fut impos-

sible de l'enlever, malgré tous mes efforts. La partie restante du kyste, largement ouverte, fut soudée à l'ouverture abdominale par des points de suture. Ce kyste était heureusement uniloculaire ; la poche fut nettoyée avec soin, drainée et remplie de gaze iodoformée. L'opération eut lieu le 30 janvier 1887, et actuellement (15 décembre) la poche est fermée sans avoir végété et la malade peut être considérée comme guérie.

L'ablation des deux ovaires ou *ovariatomie double* fut pratiquée dans quatorze cas. Chez la plupart de ces malades, l'ovaire du côté opposé au kyste était peu volumineux, mais manifestement kystique, ce qui nécessitait son ablation. Cependant, chez une malade, les deux ovaires étaient le siège de deux kystes volumineux de grosseur à peu près égale.

Il faut ajouter cependant que chez deux de mes malades l'autre ovaire fut enlevé quoiqu'il ne présentât aucune altération apparente. Voici l'explication de ces deux faits.

Chez celle qui portait un sarcome de l'ovaire droit (obs. XVII), la laparotomie avait été pratiquée surtout dans le but d'enlever les annexes de l'utérus (trompes et ovaires), afin d'arrêter des hémorrhagies utérines incoercibles et menaçantes. L'ovaire gauche était sain mais fut enlevé pour agir sur les hémorrhagies utérines, qui, du reste, cessèrent immédiatement après l'opération.

Sur l'autre malade (obs. II) [1], après l'ablation de l'ovaire kystique volumineux, l'autre ovaire sain fut enlevé. Mais il s'agissait ici d'une aliénée dont les symptômes cérébraux avaient débuté sous l'influence d'un accident survenu dans son kyste ovarique. Le pédicule s'était tordu, et cette torsion avait provoqué des accidents de péritonite. Il sembla prudent d'enlever aussi l'autre ovaire, dans la crainte d'une récidive possible dans cet organe, et aussi pour agir plus sûrement sur l'état mental. Tel fut l'avis de mon collègue M. le docteur Aug. Voisin, qui m'avait confié la malade à la Salpêtrière.

Le résultat de cette opération fut particulièrement heureux, car la malade fut améliorée immédiatement après l'opération et bientôt la manie disparut progressivement, et actuellement elle est absolument guérie et a repris sa vie normale. Je l'ai revue depuis (10 décembre) avec M. le Dr Voisin, et nous avons pu constater sa guérison complète.

Plusieurs des kystes que j'ai enlevés étaient inclus dans le ligament large et nécessitaient une décortication assez étendue et quelquefois assez difficile pour les séparer des feuillets de ce ligament.

Six kystes nécessitèrent ces manœuvres, mais tous n'étaient pas

[1] Observation publiée dans les *Archives de gynécologie*, 1887.

des kystes para-ovariens, car trois de ceux-ci étaient des kystes ovariques multiloculaires, inclus dans le ligament (obs. II, XV et XXI).

J'ai trouvé deux pédicules tordus, avec anneau fibreux au niveau de l'étranglement. Les kystes étaient remplis de liquide sanglant et de caillots, les parois étaient mortifiées et toute leur surface adhérente aux parties voisines (obs. IV, XI). Les deux malades guérirent sans accidents.

Ces deux kystes présentaient les caractères anatomiques que j'ai rappelés dans mon travail sur la *torsion du pédicule*. (Congrès français de chirurgie, 1886.)

Je noterai aussi que dans ces deux cas les malades avaient éprouvé, quelques mois avant l'opération, des accidents aigus du côté du péritoine, analogues à ceux d'une péritonite aiguë. Ces accidents eurent une durée de quelques semaines, pour laisser après eux un état douloureux de l'abdomen et un grand affaiblissement chez la malade.

Précautions au moment de l'opération. — Ainsi que je l'avais déjà indiqué dans les réflexions qui accompagnaient ma deuxième série d'ovariotomies, j'ai multiplié les précautions nécessaires pour obtenir une propreté parfaite et une aseptie absolue de tous les objets qui doivent être mis au contact du péritoine.

Les instruments ont surtout été l'objet de ma surveillance la plus attentive.

Ils sont toujours nettoyés dans l'eau chaude et brossés avec soin, surtout au niveau de leurs anfractuosités, immédiatement après l'opération, afin d'empêcher que le sang desséché adhère à leur surface et surtout dans le mors des pinces. Cette précaution me semble aussi indispensable que celle qui consiste à les préparer avant l'opération. Elle seule permet d'avoir à sa disposition des instruments dépouillés de toutes les substances albuminoïdes et putrescibles qui ont été mises en contact avec eux dans le cours de l'opération.

Immédiatement avant l'opération, ils sont tous plongés pendant quelques minutes dans l'eau bouillante et débarrassés ainsi de tous les germes nuisibles, qui disparaissent à moins de 100°. Ils sont ensuite placés dans l'eau phéniquée forte préalablement bouillie.

Cette dernière précaution ne me semble pas indispensable, et l'eau bouillie simple, mise à l'abri des poussières, me semblerait suffisante.

Les mains sont nettoyées avec soin, et je tiens beaucoup au détail suivant. Les ongles doivent être brossés avec une brosse munie de rebords latéraux, qui peuvent s'introduire sous les ongles et enlever ainsi les poussières contenues dans ce réceptacle ordi-

naire de tous les microbes septiques. Cette pratique me semble absolument indispensable, car elle seule permet la propreté absolue de l'extrémité des doigts. Ceux-ci sont ensuite immergés dans la liqueur de van Swieten ou la liqueur de Labarraque étendue d'eau, immédiatement avant de commencer l'opération.

Les cordonnets de soie, conservés dans l'eau phéniquée forte, sont, au moment de leur usage, soumis à l'eau bouillante pendant quelques minutes. C'est là le seul moyen pour les introduire absolument aseptiques dans l'abdomen, car les solutions phéniquées ne sont pas toujours absolument sûres.

La suppression du spray est absolue, et je le proscris comme inutile, gênant et dangereux.

Pour les éponges, elles sont préparées et nettoyées par les soins du pharmacien de mon service, M. Audoucet, d'après les indications que j'ai données dans ma dernière série.

Je vais expérimenter des éponges en tissu de coton, fabriquées exprès (en tissu éponge), qui pourront être soumises à l'ébullition immédiatement avant l'opération et seront ainsi facilement rendues aseptiques. Ces éponges, peu coûteuses, pourront ne servir qu'une seul fois, ce qui sera un avantage, ou bien elles pourront être nettoyées avec facilité et de nouveau bouillies. Leur usage est très répandu à l'étranger, et notamment en Allemagne, où je les ai vu employer souvent. M. Pozzi a eu également l'occasion de s'en servir, et en a retiré de grands avantages.

Le lavage du péritoine. — Fidèle aux principes que j'avais acceptés l'année dernière, et que j'ai développés dans les réflexions qui accompagnent ma deuxième série, j'ai continué à pratiquer le lavage du péritoine. Ce lavage a servi exclusivement aux cas dans lesquels du sang fourni par les adhérences ou des matières venues du kyste étaient tombées dans le petit bassin. Il était donc réservé aux ovariotomies difficiles et compliquées.

Dans les cas simples, le lavage est inutile, car des éponges fines et aseptiques suffisent pour opérer un nettoyage parfait.

Je n'insisterai pas sur le procédé de lavage que j'ai déjà décrit, et qui consiste à faire arriver le liquide dans la partie déclive du bassin, pour entraîner et faire surnager les caillots qui séjournent dans cette cavité. Je me sers toujours d'eau filtrée avec le filtre Chamberland et ayant subi une ébullition prolongée. Je rappellerai que, d'après le grand nombre de cas où je l'ai employé, je peux affirmer qu'il a rendu de grands services à mes opérées.

Ce qui me fait affirmer cette interprétation, c'est l'absence ordinaire de fièvre après les grandes opérations difficiles. Depuis deux ans, ce phénomène a été noté dans toutes mes observations,

alors qu'auparavant la température restait élevée pendant les quatre ou cinq jours qui suivaient l'opération, et cela même chez des malades qui guérissaient dans de bonnes conditions. Non seulement le résultat des opérations doit encourager cette pratique, mais personne ne peut nier que c'est là le meilleur moyen d'enlever le sang et les liquides kystiques qui séjournent entre les anses intestinales, dans le fond du petit bassin, et même dans quelques ovariotomies avec adhérences multiples, dans les parties déclives de la région des reins. On ne peut nier également que le nettoyage parfait de la cavité abdominale est la principale condition du succès dans les ovariotomies.

Soins consécutifs. — Sans insister de nouveau sur les soins consécutifs que je donne à mes malades, je rappellerai cependant quelques-uns des principes qui m'ont guidé jusqu'à présent et qui m'ont toujours donné d'excellents résultats.

Une règle presque absolue est de faire fonctionner l'intestin rapidement, de façon à faciliter l'évacuation des gaz qui tourmentent les malades, provoquent des coliques et souvent, remontant par l'estomac, occasionnent des nausées et des vomissements. Aussitôt que l'intestin a fonctionné, la malade est soulagée.

Le calomel et les eaux purgatives magnésiennes, quelquefois l'huile de ricin, sont employés pour arriver à ce résultat.

L'emploi hâtif de lavements avec la glycérine et de la sonde rectale molle, introduite doucement dans le rectum, a donné aussi d'excellents effets, en permettant l'issue facile des gaz dont la présence dans le gros intestin provoque des douleurs et des coliques pénibles.

Dès le second ou le troisième jour, l'alimentation est commencée : lait, bouillon, tapioca, œufs dilués dans du bouillon, et souvent j'ai recours à la poudre de viande mélangée avec un liquide. Celle-ci se digère rapidement et facilement, et constitue un aliment précieux chez les femmes affaiblies.

Chez ces dernières, surtout dans les premiers jours, je ne connais pas de meilleur moyen, pour ranimer les forces, que d'administrer un ou plusieurs lavements contenant du lait, du champagne ou de l'alcool, et un ou deux jaunes d'œuf. Ces lavements, peu abondants (120 à 150 gr.), sont ordinairement bien supportés et facilement absorbés.

Toutes les observations qui suivent ont été inscrites d'après la date de l'opération. Je les ai données en résumé, en ne laissant que les détails indispensables, capables de fournir les particularités les plus intéressantes et les plus utiles.

Je terminerai ces quelques remarques en rappelant que la plupart de ces opérations ont été pratiquées avec le concours de mes amis les Drs Monod, Routier et Schwartz, et avec l'aide de mes internes Jacquinot et Valat; MM. Genevrier et Audoucet, pharmaciens de mon service à la Salpêtrière, ont bien voulu se charger de la surveillance et du nettoyage des éponges.

Observation I (Dr Abeille). — Mme B..., 50 ans, encore réglée, pertes abondantes. Femme très affaiblie. Alimentation défectueuse. Début de la tumeur, cinq ans. Symptômes de péritouite évidents, il y a trois ans. Circonférence abdominale, 104 centimètres.

Opération, le 1er octobre 1886. — Adhérences totales du kyste mortifié, avec la paroi abdominale, cinq anses d'intestin grêle, qui sont difficilement séparées et saignent beaucoup, avec l'épiploon et tout le petit bassin. Ruptures multiples du kyste, dont plusieurs poches sont suppurées. Extraction d'environ 20 litres de liquide. Partie solide, 6 kilogrammes. Plusieurs syncopes pendant l'opération. Morte le lendemain matin, 2 octobre, d'épuisement.

Obs. II [Dr Omiécinsky, Faremoutiers (Seine-et-Marne)]. — Mme L. T..., âgée de 37 ans, a eu quatre enfants, le dernier il y a sept ans. Toujours bien réglée. Début de la maladie, trois ans. Pas d'accidents antérieurs. Circonférence abdominale, 94 centimètres.

Opération, le 11 novembre 1886. — Durée, trente-cinq minutes. Kyste uniloculaire, sans végétations, de l'ovaire gauche, contenant 4 litres de liquide brun; inclus en partie dans le ligament large; décortication. Ligature en masse sur le ligament large. Pas d'adhérences. Sortie le 2 décembre 1886. Guérison.

Obs. III (Dr Dautel). — Mme D..., 24 ans, ordinairement bien portante, a eu un enfant le 15 juin 1886. C'est pendant sa grossesse que le Dr Maygrier s'aperçut de la présence de la tumeur. Depuis sa couche, le kyste augmenta légèrement.

Opération, le 25 novembre 1886. — Kyste multiloculaire avec une grande poche, contenant 2 litres et demi de liquide brun. Beaucoup de petites poches secondaires. Adhérences avec l'épiploon et enclavement dans le petit bassin; pédicule court et mince. L'ovaire gauche est sain. Durée, vingt-cinq minutes. Guérison.

Obs. IV (Dr Rendu). — Mme S..., 50 ans. Pas de grossesse. Ménopause depuis quatre ans. Début de la tumeur, cinq ans six mois. Pas d'accidents ; amaigrissement ; circonférence abdominale, 95 centimètres.

Opération, le 27 décembre 1886. — Kyste multiloculaire, contenant 12 litres de liquide visqueux. La partie solide pèse 4 kilogrammes. Pédicule court, très vasculaire. Incision abdominale longue; durée, une heure un quart. Guérison.

Obs. V (Dr Chauffard). — Mme B..., 26 ans, bien réglée. Début, cinq mois environ. Pas d'accidents.

Opération, le 4 janvier 1887. — Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche, avec deux grandes poches principales, contenant 6 litres de liquide jaunâtre filant. La partie solide du kyste pèse 4kg,500. Gros pédicule, trois ligatures. Ovaire droit, kystique, enlevé. Durée, trente-cinq minutes. Guérison.

Obs. VI (Dr Budin). — Mme B..., 35 ans. Deux fausses couches, en 1870 et 1879. Bien réglée. Début de la tumeur en 1879, peu de temps après la fausse couche. Accidents de péritonite au début. Circonférence abdominale, 94 centimètres.

Opération, le 17 janvier 1887. — Kyste uniloculaire, para-ovarien, inclus dans le ligament large du côté gauche. Décortication très pénible donnant beaucoup de sang dans le petit bassin. Poids du kyste, 250 grammes. 10 litres de liquide. Lavage du péritoine à grande eau, à cause de l'hémorrhagie. Sort guérie le 22 juin 1887.

Obs. VII (Dr Apostoli). — Mme E..., 36 ans. Pas d'enfants. Règles irrégulières. Début, trois ans, sans accidents. Circonférence abdominale, 82 centimètres.

Opération, le 27 janvier 1887. — Durée, une heure. Kyste du ligament large, à droite, inclus dans le ligament; décortication pénible. Trois ligatures sur de gros pédicules. A côté de lui se trouve un autre kyste multiloculaire, gélatineux, fourni par l'ovaire. L'ovaire gauche, gros comme une orange, kystique, est enlevé. Sort guérie le 10 mars 1887.

Obs. VIII [Dr Routy, Lurcy-Lévy (Allier)]. — Mlle S... (Léonie), âgée de 22 ans. Bien réglée. Début de la tumeur, trois ans. Douleurs dans le ventre, vomissements; accidents péritonéaux légers, avril 1886. Une première ponction, le 7 septembre 1886, donne 25 litres de liquide brun filant. Une deuxième ponction, le 4 janvier 1887, donne 16 litres de liquide semblable. Circonférence abdominale, 90 centimètres. Malade affaiblie.

Opération, le 15 février 1887. — Durée, une heure quarante-cinq minutes. Adhérences nombreuses à la paroi antérieure de l'abdomen, à l'épiploon et à l'instestin, très saignantes. L'incision dépasse l'ombilic. Les surfaces saignantes produites par la décortication sont touchées largement au thermocautère. Lavage du péritoine et du bassin à grande eau.

Kyste multiloculaire gauche avec une grande poche, à paroi épaisse. 10 litres de liquide épais et verdâtre. Sortie le 22 mars 1887. Guérison.

Obs. IX (Dr Budin). — Mme T. H..., âgée de 48 ans. A eu un enfant à l'âge de 19 ans. Depuis, bonne santé. Ménopause depuis deux ans. Début indéterminé; la malade souffre du ventre depuis huit ans, mais ne s'est aperçue de la tumeur abdominale que depuis trois ans.

A partir de cette époque, elle souffre du ventre. En décembre 1886, elle eut des accidents violents. Circonférence abdominale, 1 mètre.

Opération, le 19 février 1887. — Durée, quarante minutes. Kyste du côté droit, avec une grande poche principale légèrement végétante, contenant 3 litres de liquide brun chocolat. Le pédicule est gros. Trois ligatures. L'autre ovaire, kystique et légèrement adhérent, est enlevé également. Elle sort de la Salpêtrière le 23 mars 1887. Guérison.

Obs. X [Dr Capron, Chaumont (Oise)]. — Mme Br.-B..., 35 ans, a eu six enfants, ses règles sont régulières. Le début paraît remonter à treize ans. Elle a subi vingt-sept ponctions : la première, il y a onze ans; la dernière, un mois avant son entrée à la Salpêtrière ; près de 50 litres. Circonférence abdominale, 135 centimètres. La malade n'est pas trop affaiblie.

Opération, le 1er mars 1887. — Durée, une heure un quart. Le kyste était rompu dans le péritoine, vers la partie supérieure, et était très adhérent à la paroi abdominale, au diaphragme et à l'épiploon. Les adhérences sont difficiles à déchirer, très saignantes. Après l'ablation, lavage à grande eau de toute la cavité abdominale, surtout au-dessous du diaphragme et du foie. Le kyste était multiloculaire et occupait l'ovaire gauche, avec une immense poche principale, et pesait 3 kilogrammes. Il contenait environ 40 litres de liquide transparent, gélatineux.

La malade vomit pendant les trois premiers jours, puis n'eut plus aucun accident. Elle sort de la Salpêtrière le 25 mars 1887. Guérison.

Obs. XI (Dr Voisin, Auguste). — Mme L..., 29 ans, a eu 2 enfants, 10 ans et 5 ans. Les premiers symptômes de la maladie remontent à huit mois. Peu de temps après, elle fut prise de manie aiguë, en même temps qu'elle éprouva des accidents du côté du péritoine, et entra à la Salpêtrière.

Le 20 février, ponction, 3 litres de liquide noir sanglant.

Opération, le 5 mars 1887. — Adhérences totales avec la paroi abdominale et l'épiploon, l'intestin grêle (3 anses); elles sont rougeâtres et saignent beaucoup. Kyste multiloculaire gauche, à parois mortifiées avec contenu sanglant. Le pédicule est court, tordu, étranglé.

L'ovaire droit, sain, est enlevé, d'après le conseil du Dr Voisin, dans le but d'agir sur la manie de la malade, par la double castration. Lavage du bassin avec 15 litres d'eau bouillie.

Kyste multiloculaire altéré et hémorrhagique par torsion du pédicule. Guérison.

Obs. XII (Dr Beaumetz). — Mme L. C..., 61 ans, a eu un enfant, âgé de 42 ans. Malade très affaiblie, cachectique. Ménopause, il y a six ans. Les premiers symptômes remontent à dix-huit mois; à ce moment, la malade eut des vomissements et des accidents de péritonite assez violents. Ponction le 7 août 1886; 4 litres de liquide filant, brun, avec cholestérine. Circonférence abdominale, 85 centimètres.

Opération, le 26 mars 1887. — Difficile ; durée, une heure trois quarts. Adhérences nombreuses et presque totales. Pédicule partiel ; nombreuses ligatures. Décortication de la face postérieure de l'utérus, qui est cautérisée au fer rouge. Drainage du bassin : deux gros tubes. Vieux kyste multiloculaire à parois graisseuses et calcaires à droite. Décès à la fin du quatrième jour. Épuisement.

Obs. XIII [Dr Gontier, Saint-Seine-l'Abbaye (Côte-d'Or)]. — Mme B..., 26 ans. Bien réglée. Une fausse couche après son mariage, il y a cinq ans. Début de la maladie, deux ans. Pas d'accidents. Amaigrissement. Circonférence abdominale, 90 centimètres.

Opération, le 30 mars 1887. — Kyste uniloculaire du côté gauche, avec végétations nombreuses à sa surface, contenant 5 litres de liquide et pesant un kilogramme. Adhérences nombreuses à l'épiploon, et léger enclavement dans le ligament large. Gros pédicule. L'ovaire droit, kystique, est enlevé. Guérison.

Obs. XIV (Dr Brulart, de Montbars). — Mme C..., 49 ans, deux enfants, 27 et 22 ans. Femme affaiblie. Règles plus abondantes depuis deux mois. Début de la maladie, trois ans. Circonférence abdominale, 125 centimètres. Douleurs abdominales violentes, avec crise prolongée, au mois de février.

Opération, le 23 avril 1887. — Difficile ; durée, une heure et demie. Adhérences totales à la paroi abdominale, l'épiploon et la face inférieure du diaphragme. Ouverture abdominale jusqu'à l'appendice xyphoïde pour extraire le kyste, très gélatineux, impossible à vider. Hémorrhagie abondante par la surface des adhérences. Poids total, 20 kilogrammes. Décès, fin du deuxième jour.

Obs. XV. — Mme C..., trois enfants, le dernier à 22 ans, il y a trois semaines. Début, février 1885. Depuis, une grossesse normale qui s'est bien terminée. Plusieurs ponctions pendant la grossesse. Enfant mort-né.

Opération, le 1er mai 1887. — Difficile. Adhérences à la paroi, l'épiploon. Kyste très friable. Hémorrhagie diffuse par les adhérences. Lavage, 10 litres. Une des poches est suppurée, et on est obligé d'en laisser. Décès cinq heures après l'opération.

Obs. XVI (Dr Merklin). — Mme O..., 52 ans. Première ponction, il y a cinq ans, 12 litres de liquide paraovarien ; deuxième ponction, il y a deux ans, 7 litres de liquide paraovarien. Amaigrissement.

Opération, le 2 mai 1887. — Kyste paraovarien à parois minces, contenant 5 litres de liquide, inclus dans le ligament large. Décortication totale ; ligature de plusieurs pédicules, débris du ligament. Durée, une demi-heure. Guérison.

Obs. XVII (Dr Beaumetz). — Mme J..., 47 ans, pas d'enfants. Pertes

continuelles depuis sept ans, avec douleurs violentes dans le ventre. Tumeur peu appréciable, affaiblissement considérable.

Opération, le 3 mai 1887. — Dans le but d'enlever les ovaires pour arrêter les pertes. Durée, trois quarts d'heure. Ablation de l'ovaire et de la trompe gauche, adhérents l'un à l'autre. A droite, sarcome kystique gros comme le poing, adhérent au petit bassin et au bord de l'utérus. Poids, 250 grammes. Sort guérie le 25 mai. Les pertes sont arrêtées.

Obs. XVIII. — Mme P..., 40 ans, pas d'enfants, règles régulières. Début de la maladie, trois ans, avec des accidents péritonéaux. Circonférence abdominale, 79 centimètres.

Opération, le 14 mai 1887. — Ascite. On trouve à droite un kyste gros comme une tête de fœtus, très multiloculaire, avec des végétations, et à gauche un kyste un peu plus volumineux, adhérent à l'épiploon. Ablation des deux tumeurs. Durée, quarante minutes. Sort guérie le 15 juin.

Obs. XIX (Dr Verneuil, de Saint-Amand). — Mme L..., 31 ans. Trois enfants. Début, dix-huit mois. Circonférence abdominale, 81 centimètres. Douleurs abdominales violentes.

Opération, le 28 mai 1887. — A gauche, kyste uniloculaire contenant deux litres de liquide filant. Poids de la partie solide, 280 grammes. L'ovaire droit, un peu gros, légèrement kystique, est enlevé également. Durée, vingt-cinq minutes. Sort guérie le 20 juin.

Obs. XX. — Mme R..., 31 ans. Un enfant, 10 ans. Début peu après l'accouchement. Circonférence abdominale, 126 centimètres.

Opération, le 30 mai 1887. — Très longue incision. Kyste entièrement inclus dans le ligament large. Décortication complète et très difficile. Formation de plusieurs pédicules sur les débris du ligament large. 25 litres de liquide. Poids du kyste, 250 grammes. Durée de l'opération, une heure et quart. Sort guérie le 1er août.

Obs. XXI (Professeur Verneuil). — Mme P..., 53 ans. Ménopause depuis six ans. Début, six mois. Ponction, six semaines avant l'opération, 7 litres de liquide jaune filant.

Opération, le 30 mai 1887. — Kyste multiloculaire du côté gauche, avec tumeur végétante à la surface interne, contenant 6 litres de liquide brun, en partie inclus dans le ligament large. Décortication donnant beaucoup de sang. Adhérences à la vessie, à l'utérus et à une anse intestinale. Durée, une heure trois quarts. Guérison.

Obs. XXII (Dr Pitache, de Belle-Isle-en-Mer). — Mme G..., 32 ans. Un enfant, 7 ans. Début, six ans. Bien réglée. Circonférence abdominale, 92 centimètres.

Opération, le 2 juin 1887. — Durée, trente-cinq minutes. Kyste du

ligament large, à parois épaisses, uniloculaire, contenant 10 litres de liquide filant et louche, et pesant 250 grammes. Décortication facile. Sort guérie le 1er juillet.

Obs. XXIII (Dr Sales, de Boulogne). — Mme D..., 37 ans. Un enfant, 6 ans et demi. Début, quatre ans. Femme affaiblie. Circonférence abdominale, 106 centimètres.

Opération, le 4 juin 1887. — Kyste du ligament large, à droite, uniloculaire, sans végétation. 10 litres de liquide jaune clair, non filant. Durée, quarante minutes. Sort guérie le 1er juillet.

Obs. XXIV (Dr Affre, de Beaune). — Mme Ch..., 54 ans. Début, dix-huit mois. Circonférence abdominale, 130 centimètres. Femme affaiblie. Une ponction, le 18 avril 1886, donne 13 litres de liquide non filant.

Opération, le 15 juin 1887. — Gros kyste multiloculaire, contenant 16 litres de liquide, pesant 6 kilogrammes, avec adhérences à la paroi abdominale et à l'épiploon. Pédicule épais. L'ovaire droit, kystique, gros comme une tête de fœtus, est enlevé. Guérison.

Obs. XXV. — Mme D..., 37 ans. Un enfant, 16 ans. Bien réglée. Début, douze ans. Juin 1886, application de pâte de Vienne sur le ventre. Le 8 janvier 1887, on applique un séton sur la paroi abdominale.

Opération, le 18 juin 1887. — Adhérences très résistantes à la paroi abdominale. Plusieurs ponctions. Pédicule large. Durée, quarante minutes. Kyste multiloculaire, avec quelques poches dermoïdes qui contiennent des dents, de la matière sébacée et des cheveux en quantité. Sort guérie le 16 juillet.

Obs. XXVI [Dr Dudouyt, de Coutance (Manche)]. — Mme E..., 32 ans. Deux enfants, 5 ans et 3 ans et demi. Règles irrégulières depuis quelque temps. Début, quinze mois. Amaigrissement. Circonférence abdominale, 115 centimètres.

Opération, le 19 juin 1887.—Kyste multiloculaire, 16 litres de liquide brun très filant. Poids, 5 kilogrammes. Adhérences très saignantes à la paroi abdominale. L'ovaire droit, adhérent à l'autre kyste et un peu malade, est enlevé.

Lavage du péritoine avec 10 litres de liquide. Guérison.

Obs. XXVII (Dr Masse, de Châteauvillain). — Mme R..., 37 ans. Pas d'enfants. Bien réglée. Quelques pertes depuis deux ans. Début, deux ans. Circonférence abdominale, 85 centimètres.

Opération, le 9 juillet 1887. — Gros kyste de l'ovaire droit. 7 litres de liquide. Gros pédicule. A gauche, l'ovaire, gros et un peu kystique, est enlevé. Durée, trente-cinq minutes. Sort guérie le 6 août 1887.

Obs. XXVIII (Dr Th. Anger). — Mme A..., 37 ans, pas d'enfants. Bien réglée. Début, cinq ans. Quatre ponctions : 1er novembre 1885, mai et juillet 1886, avril, 1887. Chacune de 15 à 16 litres de liquide brunâtre et filtrant. Circonférence abdominale, 123 centimètres.

Opération, le 12 juillet 1887. — Incision de 30 centimètres. Plusieurs ponctions, qui donnent une douzaine de litres de liquide. Adhérences totales à la paroi abdominale, à l'épiploon, au diaphragme et au ligament suspenseur du foie. Décortication très pénible avec beaucoup de sang. 25 litres de liquide. Poids de la partie solide, 5 kilogrammes. Durée, une heure et demie. Ovaire gauche sain. Lavage du péritoine avec 20 litres d'eau bouillie. Sort guérie le 12 août.

Obs. XXIX (Dr de Wulf). — Mme C..., 56 ans, un enfant, 35 ans; ménopause depuis quatre ans. Début, deux ans et demi. Pertes abondantes depuis quelques mois. Circonférence abdominale, 115 centimètres.

Opération, le 16 juillet 1887. — Deux kystes, l'un à droite, en partie mortifié, adhérent à la paroi abdominale, à l'épiploon et au petit bassin; l'autre à gauche, non altéré, avec des adhérences plus faibles, moins étendues. L'abdomen contient 10 litres de liquide ascitique. L'opération dure quarante-cinq minutes. Lavage du bassin. Deux gros tubes à drainage restent en place pendant 48 heures. Sort guérie le 23 août 1887.

Obs. XXX (Dr Gauthier). Mme P..., 55 ans, a eu deux enfants, l'un à 21 et l'autre à 28 ans. Ménopause à 20 ans. Il y a dix ans, elle va consulter Kœberlé, qui refuse de l'opérer. Ponction le 12 juillet 1887: 20 et quelques litres de liquide brun chocolat. La tumeur se remplit, la respiration devient difficile et l'alimentation incomplète. Circonférence abdominale, 110 centimètres.

Opération, le 30 juillet 1887. — On peut déchirer avec peine les adhérences à la paroi abdominale, au diaphragme et à l'épiploon. On extrait 20 litres de liquide. La plus grande partie de la paroi du kyste est réséquée. Il reste une partie adhérente dans le petit bassin, qu'il est impossible d'enlever; elle est nettoyée avec soin, ses bords sont soudés à la plaie de la paroi abdominale par douze sutures. La cavité est bourrée de gaze iodoformée.

Les suites furent relativement bénignes, surtout au début; plus tard, il y eut un peu de fièvre hectique par suppuration de la poche. Actuellement (1er décembre), la cavité est très diminuée et la malade est sur le point de guérir (1er décembre 1887).

Obs. XXXI (Dr Damalix). — Mme D..., 28 ans, a eu deux enfants, 5 ans et 3 ans. Règles irrégulières. Début, trois ans, peu après une couche. Accidents péritonéaux en mai 1887. Circonférence abdominale, 88 centimètres.

Opération, le 13 octobre 1887. — Adhérences à la paroi abdominale et au petit bassin. Pédicule très épais. Double ligature. L'ovaire gauche, contenant de petits kystes, est enlevé. Lavage avec 8 litres d'eau. Kyste

multiloculaire à liquide gélatineux (7 litres). Durée, quarante-cinq minutes. Guérison. Sort le 1er novembre 1887.

Obs. XXXII (Dr Th. Anger). — Mme M..., 22 ans. Un enfant de 2 ans. Début en décembre 1885. Elle a subi deux ponctions : l'une de 13 litres, liquide couleur café et filant, en janvier 1887. Circonférence abdominale, 112 centimètres.

Opération, le 18 octobre 1887. — Adhérences à la paroi abdominale, au petit bassin et à l'épiploon. Le kyste se rompt à plusieurs reprises dans le péritoine. L'ovaire droit est sain. Lavage du péritoine avec 10 litres d'eau. Durée, une heure. Sort le 15 novembre, guérie.

Obs. XXXIII (Dr Razin, Étampes). — Mme B..., 40 ans, pas d'enfants. N'est plus réglée depuis un an. Début de la maladie, huit ans, sans accidents notables. Circonférence abdominale, 115 centimètres.

Opération, le 22 octobre 1887. — Kyste uniloculaire, contenant 22 litres de liquide et ayant à sa surface interne, près du pédicule, une masse sarcomato-kystique grosse comme une orange. Pédicule épais. Ovaire droit sain. Durée, trente minutes. Sort guérie le 20 novembre.

Obs. XXXIV (Dr Richardière). — Mme C..., 30 ans, deux enfants. Début de la tumeur, cinq ans. Depuis, deux poussées de péritonite vague.

Opération, le 2 novembre 1887. — Durée, une demi-heure. Adhérences à l'intestin et l'appendice iléo-cæcal. Pédicule court, tordu trois fois de gauche à droite, à demi étranglé. Trois ligatures. Kyste uniloculaire à paroi épaisse, en partie mortifiée, avec fibrine altérée. 3 litres de liquide sanguin. Poids du kyste, 350 grammes. L'ovaire gauche, gros, avec un kyste sanguin, est enlevé. Guérison. Sortie le 28 décembre.

Obs. XXXV (Professeur Verneuil). — Mme M..., 50 ans. Début, huit mois. En juin 1887, symptômes de péritonite à la suite d'une couche. Circonférence abdominale, 74 centimètres.

Opération, le 5 novembre 1887. — Durée, trente-cinq minutes. Kyste uniloculaire avec nombreuses végétations à la surface interne, adhérent à l'épiploon, l'intestin grêle et surtout le petit bassin. Un litre de liquide brun. Hémorrhagie diffuse des adhérences et rupture du kyste. Lavage du péritoine avec 10 litres d'eau. Pédicule très large, quatre ligatures. Ovaire gauche sain. Guérison. Sortie le 30 décembre.

Discussion.

M. Trélat. Je ne comprends pas qu'il soit nécessaire de faire venir d'Allemagne les moyens que nous employons nous-mêmes en France. Moi aussi, je me sers de tampons de ouate emprisonnés

dans un sac de gaze. Ces tampons trempent constamment dans une solution antiseptique avant d'être employés pour mes opérations. Ils sont parfaitement aseptiques.

M. Pozzi. Je ne crois pas que les tampons de ouate qu'emploie M. Trélat soient aussi bons pour le péritoine que les compresses de gaze ourlée et bouillie que j'emploie depuis quelque temps, et les carrés de tissu-éponge dont nous parle M. Terrillon. Leur asepsie est parfaite et facile à obtenir.

Comme M. Terrillon, je lave aussi le péritoine, dans certains cas, avec de l'eau bouillie, et je m'en trouve bien.

Enfin, je purge aussi mes malades au lieu de leur donner de l'opium; mais quand il y a irritation de l'estomac, je me contente de lavements excitants avec du vin ou de la glycérine.

M. Terrier. Depuis longtemps, on se sert de coussins en gaze ourlée, afin de remplacer les éponges. Mais je me sers toujours de ces dernières, car elles sont plus faciles à manier et elles peuvent toujours être très propres, quand elles sont confiées à des aides assez soigneux.

Pour ce qui est de l'eau bouillie, je ne m'en sers pas, malgré l'opinion de plusieurs chirurgiens; non pas par négligence, mais parce que je ne crois pas que, même bouillie, l'eau soit suffisamment aseptique. Le jour où j'aurai un autoclave permettant d'élever l'eau à 120°, je m'en servirai. Car, à 100°, les microbes adultes sont tués, mais restent les spores, qui résistent à cette température et peuvent être nuisibles.

En tout cas, je n'ai aucune expérience personnelle et c'est là une simple objection que je fais à l'emploi de ce moyen.

Quant aux purgatifs, je ne les emploie pas au début, mais je donne des lavements, non pas au vin, mais avec de l'eau boriquée et de la glycérine.

M. Championnière. Je me sers toujours d'éponges, car j'ai toujours un aide, en général mon pharmacien, qui me les prépare avec soin. Rien ne peut les remplacer, mais je préfère les grosses éponges à gros trous aux éponges fines. Les grosses éponges sont moins coûteuses et aussi faciles à manier.

En un mot, je les préfère à ces tampons incommodes que vous proposez.

M. Pozzi. Vous confondez la gaze vulgaire, unie ou non à la ouate, qui ne ressemble nullement à la serviette spéciale dont nous parlons, qui essuie et absorbe admirablement.

Présentation d'instrument.

M. le Dr Horteloup présente à la Société de chirurgie, au nom de M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie, deux systèmes de manches articulés : un simple, un démontant, offrant un perfectionnement très réel sur les manches actuels des instruments de trousse (bistouris, aiguilles, etc...), qu'il n'est pas possible de nettoyer convenablement.

Ces deux nouveaux manches présentent, sur les précédents, les avantages suivants :

1° Nettoyage et désinfection faciles tant de la lame que de l'intérieur du manche ;

2° Fixation automatique (c'est-à-dire sans aucun accessoire, tel que coulant, ressort) et absolue de la lame ouverte ou fermée.

Le manche articulé simple est formé de deux parties, de préférence métalliques (pour en permettre l'immersion, sans inconvénient, dans un liquide antiseptique quelconque).

Pour ouvrir ou fermer l'instrument, il suffit d'écarter les deux côtés du manche, en introduisant l'ongle du pouce dans un onglet pratiqué à l'extrémité du manche ; on fait exécuter à l'une des côtes une révolution complète de gauche à droite, pour ouvrir, et de droite à gauche, pour fermer ; le manche et la lame se trouvent fixés en faisant entrer le teton d'une des côtes dans l'entre-deux de l'autre.

Le manche articulé démontant est le même que le précédent, mais il permet de séparer complètement, l'une de l'autre, les deux côtes du manche, et la lame, que l'on peut ainsi nettoyer avec le plus grand soin, même à l'endroit de l'articulation. Le côté du manche portant l'entre-deux porte aussi un pivot en acier formant articulation à la lame ; le talon de la lame étant entré sur ce pivot, et la lame placée droite sur l'axe même du manche, on complète l'instrument par la seconde partie du manche. Celle-ci est pourvue, à l'endroit de l'articulation, d'une entaille en forme de boutonnière ou trou de serrure, on engage le pivot dans la partie la plus large de la boutonnière et on pousse cette partie à angle droit sur la lame avec la main droite, de manière à ce qu'elle entre dans la rainure du tourillon.

Sur ce même manche, M. Mathieu a monté une aiguille de Reverdin à laquelle il a fait subir une petite modification dans le système de fermeture du chas, qui rend le nettoyage et le démontage très faciles.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,

Terrillon.

Séance du 28 décembre 1887.

Présidence de M. LANNELONGUE.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et publications périodiques de la semaine;

2° Une lettre de M. le Dr Roux, chirurgien de l'hôpital cantonal de Lausanne, qui se porte candidat à une place de membre correspondant étranger, et envoie à l'appui de sa demande : *a*) Sa *Dissertation inaugurale sur la musculature de l'anus chez l'homme;* — *b*) *Sutures secondaires de la branche profonde du nerf radial; notice sur les corsets orthopédiques de Seyre; résection de l'œsophage*, etc;

3° *Fracture bi-malléolaire, consolidation vicieuse, résection du cou-de-pied*, etc., par M. le Dr CHARVOT, médecin-major à Tunis (Commissaire : M. Chauvel).

Suite de la discussion sur les épanchements pleuraux compliquant les kystes de l'ovaire.

M. VERNEUIL. A propos de la communication de M. Demons sur les épanchements qui se font dans la plèvre chez les sujets atteints d'un kyste de l'ovaire, et susceptibles de disparaître après l'ablation, je rappelle que M. le professeur Potain a fait une communication analogue au congrès de Rouen en 1883 (*Comptes rendus du congrès*, p. 803).

Dans les faits rapportés par M. Potain, il s'agit non pas de tumeurs, à la vérité, mais de simples fluxions ou irritations ovariennes on péri-ovariennes, lesquelles, sans l'intervention d'aucune autre cause et par une sorte de contre-coup, d'action réflexe, retentissent à distance sur la plèvre et le poumon, tantôt du même côté que l'ovaire malade, tantôt du côté opposé. Rarement l'épanchement pleurétique devient assez abondant pour constituer une

affection sérieuse, exigeant une intervention spéciale. Dans tous les cas, la résolution est assez rapide. La physionomie générale de ces épanchements est donc assez semblable à celle des épanchements signalés par M. Demons.

Ces cas sont semblables à ceux qui ont été rapportés par M. Petit, dans lesquels il existait des relations pathogéniques entre une pleurésie et un kyste du foie ou du rein, relations existant probablement par l'intermédiaire des vaisseaux lymphatiques.

M. Terrier. Il me semble que les faits d'épanchement pleuraux rapportés par MM. Demons, Terrillon, Lucas-Championnière et par moi-même ne ressemblent en rien à ceux publiés par M. le professeur Potain. Les inflammations de l'ovaire n'ont rien de commun avec les kystes qui constituent une affection complètement à part.

J'ajouterai que l'expression d' « irritation » ovarienne, dont on se sert pour expliquer les phénomènes qui se passent du côté des organes du petit bassin, ne répond pour pour moi à aucune idée précise. Qu'est-ce que l'ovarite? J'avoue ne pas le savoir et n'avoir sur cette affection aucune notion exacte.

La comparaison de ces différents états n'a donc pas d'importance, et je crois qu'on ne doit pas ici s'inquiéter d'une question de priorité.

M. Verneuil. Je n'ai pas eu l'intention de comprendre ensemble ces deux variétés de faits. Cependant, je n'ai pu m'empêcher d'établir un parallèle qui s'impose entre l'irritation chronique de l'ovaire et la production d'un épanchement pleural d'une part, et, d'autre part, une inflammation aiguë de ce même organe s'accompagnant d'une pleurésie aiguë. La seule différence qui existe consiste dans la nature et la marche de l'inflammation.

Suite de la discussion sur une troisième série de trente-cinq ovariotomies.

M. Terrillon. Je tiens à revenir sur ma communication de la dernière séance, pour répondre à M. Trélat et à ceux de mes collègues qui m'ont fait des objections.

Je dirai d'abord à M. Trélat que je n'ai jamais dit que les éponges végétales venaient plus spécialement d'Allemagne, je me suis contenté de rappeler que c'est dans ce pays que je les avais vues employer et que cela m'avait encouragé à les essayer.

Je ferai remarquer aussi que les tampons de ouate enveloppés

de gaze que M. Trélat laisse tremper dans une solution antiseptique, longtemps avant leur usage, n'ont rien de commun avec les carrés de tissu-éponge dont je parlais.

Ce que nous recherchons avant d'entreprendre une ovariotomie, c'est une asepsie complète de tout ce qui doit être en contact avec la cavité du ventre.

Or, le meilleur moyen d'avoir une asepsie parfaite des éponges consiste à les préparer immédiatement avant l'opération, sans le secours et sans la responsabilité d'un aide. L'ébullition dans de l'eau filtrée avec le filtre Chamberland, plus ou moins prolongée, est le meilleur procédé; mais comme les éponges ordinaires ne peuvent être passées à l'eau bouillante, elles peuvent être remplacées avantageusement par les compresses de tissu de coton (tissu-éponge), faciles à manier, aussi bonnes pour aspirer les liquides que les éponges, et qui ont sur celles-ci le grand avantage de pouvoir être soumises à l'ébullition prolongée. Tel est le progrès que nous poursuivons et qui me semble très rationnel.

Avec les éponges ordinaires, le chirurgien n'est jamais sûr par lui-même de leur propreté, et je pense qu'il est meilleur pour lui de n'avoir jamais à accuser un aide après un insuccès opératoire, dont lui seul est responsable.

Il en est du reste des éponges végétales comme des instruments. Depuis deux ans que je fais bouillir non seulement mes instruments, mais aussi mes fils à ligature, immédiatement avant leur usage, j'ai d'excellents résultats, et je puis affirmer qu'aucun accident de péritonite n'a amené la mort des malades que j'ai traités. Or, quel est l'avantage de cette ébullition? Pour moi, il consiste dans ce fait, que cet instrument, au préalable déjà bien nettoyé, se trouve ainsi débarrassé de tous les microbes nuisibles pour l'homme. Je parle des microbes prêts à se développer et non pas des spores; mais ceux-ci, tous les chirurgiens le savent actuellement, constituent une quantité négligeable dans la pratique chirurgicale.

Les nombreux succès dûs à l'ébullition des instruments entre les mains des chirurgiens anglais ne laissent aucun doute à ce sujet, et je crois l'avoir démontré également par ma pratique.

J'ai tellement confiance dans l'eau bouillante, que je la considère comme notre seul moyen d'asepsie vraie. L'eau phéniquée, si utile ordinairement, quelque forte qu'elle soit, ne constitue qu'un moyen trompeur et ne donne qu'un fausse sécurité. Je pourrais vous en citer des exemples nombreux. Croyez-vous qu'un instrument, non suffisamment nettoyé, soit aseptique par le fait de son contact momentané, souvent très rapide, avec l'eau phéniquée? Cela est faux, car la graisse qui le recouvre, les anfractuosités qu'il présente,

empêchent la pénétration du liquide et son contact avec tous les germes. L'ébullition pare à tout et détruit tout; de là la sécurité réelle, non trompeuse, facile à exécuter, à la portée de tous, et j'ajoute encore, sous la surveillance directe, immédiate et complète du chirurgien.

Enfin, les mains du chiurgien, le dessous des ongles surtout, réceptacles de tous les microbes, doivent être surveillés avec soin. Il est dommage, et je le regrette, qu'on ne puisse les faire bouillir. Heureusement qu'en les nettoyant avec du savon et de l'eau très chaude, et surtout en nettoyant le dessous des ongles avec des brosses spéciales (à rebords), on peut arriver à les rendre suffisamment propres.

L'immersion dans le chlorure de chaux ou dans la liqueur de Van Swieten les rendent ensuite parfaitement aseptiques.

Il y a loin de ces précautions absolues, indispensables, à cette pratique si banale chez certains chirurgiens, qui consiste à se laver à peine les mains avec de l'eau froide, en quelques secondes, sans surveiller leurs ongles, et qui viennent ensuite se vanter d'avoir *employé les précautions de la méthode de Lister*, parce qu'ils ont trempé leurs mains encore sales dans l'eau phéniquée. C'est là une erreur, un trompe-l'œil, qui a été souvent préjudiciable aux malades et qu'il faut démasquer à tout prix.

Recherchez l'asepsie parfaite plutôt que l'antisepsie avant l'opération. Quand elle est obtenue il ne reste plus qu'à empêcher les microbes d'arriver jusqu'à la plaie, c'est là une pratique différente et basée sur d'autres principes, et qui regarde surtout l'histoire des soins consécutifs.

M. Terrier. Je n'ai pas encore foi dans l'eau bouillante, malgré le dire de M. Terrillon, car je suis toujours resté sur les affirmations de M. Pasteur: l'ébullition détruit les bactéries adultes, mais laisse les spores. Il faut donc, selon moi, pour avoir de l'eau parfaitement et sûrement aseptique, la faire bouillir d'abord, puis la maintenir à 40° pour faire germer les spores, enfin la porter de nouveau à l'ébullition pour tuer ces derniers.

C'est donc par suite d'ébullitions successives qu'on peut arriver à ce résultat.

Enfin, j'avouerai que je ne suis pas convaincu de l'utilité du lavage du péritoine. Le sang épanché dans sa cavité se résorbe facilement, et sans accident, quand il n'a pas été mis en contact avec des substances septiques. Cela est l'affaire du chirurgien suffisamment soigneux.

M. Kirmisson. Je pense que les coussinets de gaze dont on a parlé dans la dernière séance sont préférables aux tampons de

ouate et aux éponges. Aussi, crois-je utile de donner ici le procédé employé pour les préparer dans le service de Billroth, procédé que je dois à l'obligeance de son assistant, le docteur Ezelsberg. Les coussins, composés de sept doubles de gaze, sont bouillis, à deux reprises, pendant une heure, dans une solution de sublimé, et portés à une température de 110°. Ils sont ensuite portés, à l'aide de pinces stérilisées, dans des bocaux où on les conserve. M. Ezelsberg a pu s'assurer, par des tentatives de culture, que ces coussinets de gaze ainsi préparés sont complètement aseptiques.

M. Pozzi. J'ai vu également l'assistant de Billroth, dont parle M. Kirmisson; il a publié dans un journal de médecine de Vienne un article fort intéressant sur la désinfection des objets de pansement et des instruments servant à l'opération. Il a pu constater que les objets de pansement les mieux préparés sortant des manufactures contiennent des microbes, qu'il est facile de le constater en les mélangeant avec des bouillons de culture.

Pour ce qui est de la température de 110°, dont parle M. Terrier, il est certain qu'elle est préférable, car elle tue les spores; mais, d'après les expériences dont je parlais, la température de 100° est suffisante, au moins dans la pratique courante, car l'eau bouillie ne contient pas de germes nuisibles.

Ainsi, dernièrement, j'ai enlevé deux pyosalpingites. Malgré mes soins, les trompes remplies de pus se sont rompues dans le péritoine. Celui-ci a été lavé à grande eau pour le débarrasser du pus, et, malgré que je n'aie employé que de l'eau bouillie, la malade a guéri rapidement et sans accidents.

M. Terrillon. Je désire insister spécialement sur un fait qui, pour moi, a une importance capitale : c'est l'emploi de l'eau bouillie pour le lavage des instruments au moment même de l'opération. Tous les germes nuisibles pour l'homme sont tués par la température de 100°, suffisamment prolongée; quant aux spores, on peut les considérer comme n'étant pas nuisibles. Cela résulte de l'usage d'abord, et ensuite de cette notion générale, que, disséminés dans l'organisme, ils ne trouvent pas ultérieurement de conditions bonnes pour leur développement.

Lorsque j'ai voulu employer l'eau bouillante, j'ai demandé à M. Pasteur s'il était nécessaire de me servir d'un autoclave. Celui-ci m'a répondu que l'eau filtrée et bouillie était suffisament pure en l'employant aussitôt après l'ébullition, car les spores qui peuvent y rester n'ont ni le temps ni le pouvoir de germer dans nos tissus, où ils ne peuvent être dangereux.

Rapport

Sur un travail du docteur Defontaine (du Creuzot), intitulé : *Note sur le coup de soleil électrique.*

Rapport de M. TERRIER.

Messieurs, en juin dernier, M. le docteur Defontaine, médecin en chef des usines du Creuzot, nous communiqua la relation de lésions fort intéressantes, dues à l'action de la lumière électrique, lésions comparables à celles produites par la lumière solaire, d'où le nom un peu étrange de *coup de soleil électrique*, déjà employé avant lui, pour désigner ces altérations.

Pendant le cours d'expériences faites sur la soudure directe de l'acier, à l'aide d'un arc électrique évalué à 300 ou 400 ampères et 100 volts (3,750 kilogrammètres), dont l'intensité lumineuse serait de 10,000 lampes Carcel, au minimum, les assistants commencèrent à ressentir sur la peau les effets de cette vive lumière. Bien qu'ils fussent placés à une distance de 5 à 10 mètres du foyer lumineux, c'est-à-dire à une distance largement située au delà de celle qui permet de sentir la chaleur rayonnante, ils accusèrent une sensation de brûlure comparée très exactement par l'un deux à celle qu'il avait ressentie lors d'un coup de soleil antérieur.

Malgré une interruption fréquente de l'arc lumineux et au bout d'environ deux heures d'assistance à ces expériences, le cou, la figure et le front, jusqu'à la partie cachée par la coiffure, sont légèrement douloureux au palper et ont pris une teinte rouge bronzé.

Bien que protégés par des verres noirs tellement foncés qu'ils permettaient à peine d'apercevoir le disque du soleil, les yeux ont été tellement impressionnés par cette lumière, qu'en plein jour la vision reste abolie pendant quelques minutes, et qu'ultérieurement, pendant au moins une heure, les objets ont pris une teinte jaune safran très prononcée.

Les conjonctives sont fort hyperhémiées, et cette congestion dure, au minimum, 48 heures; elle s'accompagne d'une sensation très pénible de corps étranger sous les paupières. La sécrétion des larmes a été exagérée, et elles se sont écoulées pendant toute la soirée, la nuit et même le lendemain du jour de l'expérience; « les yeux ont coulé comme un robinet, » disent les malades.

Notons encore de la céphalalgie et de l'insomnie due à la douleur et à l'hypersécrétion des larmes. Il y eut peut-être même de la fièvre.

Les jours qui suivent, desquammation de toute la face par larges lamelles, qui se termine vers le cinquième jour.

M. Defontaine fait suivre cette note de quelques remarques, et il insiste sur l'influence exclusive de la lumière pour produire ces phénomènes, si analogues à ceux du coup de soleil ordinaire; mais, dans ce dernier cas, il faut aussi faire jouer un certain rôle à la chaleur.

La note de M. Defontaine, quoique très courte, est fort intéressante; de plus elle renferme deux histoires pathologiques, si je puis dire.

L'une, celle du *coup de soleil électrique*, se rapporte aux lésions cutanées produites par l'arc lumineux; l'autre, les *troubles oculaires* multiples, dus à la même cause. Il n'est pas besoin de faire remarquer que ces deux histoires pathologiques doivent être étudiées séparément pour en déduire des conclusions pratiques sur la façon de s'en préserver, s'il est possible.

L'influence nocive de la lumière électrique sur les téguments et sur les yeux est connue depuis assez longtemps déjà.

« La première action de ce genre, m'écrit mon ami M. le professeur Gariel, a été signalée par Foucault; je lui en ai entendu parler comme d'un accident qu'il avait éprouvé; mais, dans le recueil de ses travaux scientifiques, qui ne contient que des documents *écrits* qu'il a laissés, il n'est question, je le crois du moins, que d'une *ophtalmie vive* qu'il a ressentie en 1843, etc...

« Je sais aussi que Despretz a signalé des accidents analogues à ceux de l'insolation, et qu'il avait ressentis en expérimentant sur un arc électrique produit par l'action de 500 éléments Bunsen. »

Le premier fait de ce genre qui ait été signalé dans le monde médical me paraît dû au professeur Charcot (*Compte rendu des séances et mémoires de la Société de Biologie* pendant l'année 1858; *erythème produit par l'action de la lumière électrique*, p. 63).

Le 14 février 1858, deux chimistes firent des expériences sur la fusion et la vitrification de certaines substances avec une pile de Bunsen de 120 éléments. Le foyer lumineux ne fonctionna que d'une façon interrompue, en tout peut-être vingt minutes, et les expérimentateurs, situés à cinquante centimètres de ce foyer, n'étaient pas incommodés par l'élévation de température.

Or, le soir même, et toute la nuit, passée sans dormir, ils éprouvèrent un pénible sentiment de fatigue dans les yeux; ils portaient sur la face un érythème couleur pourpre, accompagné d'un sentiment de gêne et de tension.

Chez M. W..., dont le côté droit de la face avait été exposé au foyer lumineux, la rougeur occupait tout ce côté, depuis la nais-

sance des cheveux jusqu'au menton. De plus, les hématies lumineuses ne s'étaient montrées que dans l'œil droit.

Chez M. M..., qui avait baissé la tête, le front seul était envahi par l'érythème, absolument analogue à celui d'un coup de soleil. Du reste, chez ces deux messieurs, il y eut une légère desquamation des parties atteintes, au bout de quatre jours, et qui dura cinq ou six jours en tout.

M. le professeur Charcot fait suivre cette observation de quelques réflexions fort judicieuses, sur lesquelles nous reviendrons plus loin, et il discute l'influence nocive des divers rayons du spectre. Dans le coup de soleil ordinaire, les rayons de chaleur jouent bien un certain rôle, mais il ne paraît pas prédominer, car certains sujets ont des coups de soleil au printemps, alors que la chaleur rayonnante de l'astre n'est pas encore intense.

Faut-il faire intervenir les rayons lumineux ou éclairants? A ce propos, M. le professeur Charcot rappelle des expériences de Foucault, dans lesquelles, malgré une intensité lumineuse pas plus forte que celle d'une étoile, cet observateur fut atteint de maux de tête, de troubles visuels accusés et tenaces et même d'érythème.

Restent les rayons chimiques. Ce sont eux qui paraissent être la cause principale des accidents, et Foucault cherchait à s'en préserver en faisant passer les rayons calorifiques lumineux et chimiques à travers un verre d'urane, verre qui aurait, dit-il, la propriété de retenir la majeure partie des rayons chimiques.

Nous reviendrons ultérieurement sur ces diverses propositions, regardées encore aujourd'hui comme parfaitement acceptables.

Mais avant, qu'on nous permette de rendre compte d'autres faits que nous avons pu recueillir et des expériences qu'il nous a été possible de tenter, grâce à l'obligeance de M. Sarcia, ingénieur de la Société anonyme pour le travail électrique des métaux.

M. le Dr Faucher, un de nos amis et ancien interne, a pu me procurer quelques documents sur cette question :

« M. Morin, m'écrit-il, ne connaît comme moi que les faits suivants : Lorsqu'on est exposé à la lumière d'un arc électrique, en particulier si on le regarde directement, on perçoit, et surtout quelques heures après, du côté des conjonctives, des sensations pénibles, comme des corps étrangers, et l'effet produit peut être rapporté à une sorte de brûlure légère.

« Une fois, M. Morin et moi, avons ressenti ces effets au maximum, pour avoir assisté à une expérience qui reproduit en partie les conditions que l'on rencontre dans la soudure de l'acier : il s'agissait de faire jaillir l'arc électrique entre un charbon et un tube de fer rempli de magnésie. L'éclat lumineux était très intense,

toutefois la magnésie produisait un nuage nuisible au rayonnement et la lumière était violacée.

« L'expérience dura peut-être dix minutes : or, tous les assistants (quatre) furent atteints, pendant trois jours, d'une congestion intense des conjonctives et ressentirent des sensations d'ardeur, de sécheresse et de corps étrangers, des plus pénibles. De plus, l'ouvrier qui se tenait auprès du régulateur eut sur les téguments des mains et de la face des lésions comparables à celles d'un coup de soleil intense : rougeur et chaleur suivies d'une desquamation épithéliale par plaques ; on observa jusqu'à des phlyctènes. Ces expériences ne furent pas poussées plus loin, et M. Faucher n'hésite pas à rapporter ces accidents à l'action des rayons chimiques, rayons qui, d'après lui, seraient plus nombreux lors de la combustion du feu? Cette proposition me paraît discutable. »

M. J. Sarcia, auquel je m'adressai directement, grâce à l'intervention amicale du professeur Gariel, me confirma l'existence de la plupart des phénomènes signalés précédemment.

« J'ai eu, écrit-il [1], l'occasion d'observer sur moi-même deux coups de soleil électriques.

« Je n'avais abrité que mes yeux au moyen de verres très colorés, et je regardais travailler à la soudure électrique, à une distance assez rapprochée de l'arc voltaïque. Je n'avais éprouvé aucune sensation de chaleur, et la première fois je fus très étonné lorsque, le lendemain matin, je m'aperçus que j'avais la figure rouge. Deux jours après, la peau du visage s'écaillait, et, permettez-moi l'expression, je faisais peau neuve. Du reste, sauf une très légère démangeaison, pas l'ombre d'une souffrance.

« Le second coup de soleil a duré moins longtemps, parce que j'avais été plus méfiant.

« Maintenant je n'en ai plus, ayant soin de m'abriter la figure lorsque l'intensité dans l'arc voltaïque dépasse 200 ampères.

« Un de mes amis a eu un coup de soleil au bras, qu'il exposait à l'arc voltaïque pendant qu'il tenait à la main un verre coloré [2].

« Au Creusot, par les fortes chaleurs de ces derniers jours, j'ai vu un ouvrier soudeur, dont la poitrine était nue, y recevoir un coup de soleil électrique. »

En fait, les observations de coup de soleil électrique et d'ophthalmies électriques se multiplient depuis les recherches sur la soudure des métaux à l'aide de l'arc voltaïque, et parfois les accidents acquièrent une intensité fort grande, ainsi qu'il résulte de deux faits se rapportant à MM. N... (de Lille) et L... (de Paris).

[1] Lettre du 27 juin au Dr Gariel.

[2] J'ai fait la même expérience sur moi-même, comme on le verra plus loin.

Ces deux messieurs [1], ayant assisté à une expérience de soudure des tubes métalliques, en sortirent à onze heures du matin, remarquant qu'ils avaient les yeux très rouges ; l'expérience avait duré une heure et demie. M. N... continua ses affaires toute la journée sans aucun accident, ayant toutefois le front et la face rouge et les yeux injectés. Vers sept heures et demie du soir, au moment où on alluma le gaz dans la pièce où il se trouvait, M. N... fut pris de malaise et dut se coucher : tête lourde, mouvement fébrile, yeux très cuisants. On appliqua des compresses d'eau froide sur le front. A onze heures, souffrances très vives, les compresses froides furent remplacées par des compresses avec de l'eau de laurier-cerise et du laudanum, ce qui soulagea un peu. A une heure du matin, douleurs intolérables, impossibilité de supporter la lumière d'une bougie ou d'une allumette. M. N... m'écrit qu'il était fou de douleur.

Ces accidents durèrent jusqu'au matin, heure où M. N... prit le train pour Lille, et ils se prolongèrent jusque vers dix heures, avec impossibilité d'ouvrir les paupières et photophobie.

A Lille, M. N... fut soumis aux soins du Dr Dujardin.

« A ma visite, vers trois heures, écrit cet oculiste [2], je trouve le malade en proie à une grande anxiété, qui cesse lorsque, après quelques instillations de cocaïne, les yeux commencent à s'ouvrir. Je les trouve d'ailleurs en bon état et tout se borne à une hyperhémie excessive de la conjonctive oculaire, qui cédera aisément, tout le fait supposer (?). Les yeux larmoient assez abondamment, mais je ne remarque aucune sécrétion mucopurulente.

« Le traitement a consisté en applications de glace sur les yeux et en fréquentes instillations de cocaïne à 1/20e. Le lendemain, l'amélioration était déjà très sensible, mais ce ne fut qu'au bout de quatre jours que M. N... put vaquer à ses occupations. »

M. L..., le second témoin des expériences de soudure, fut atteint d'accidents analogues et soigné par M. le Dr Meyer, qui me communiqua, avec détails, son observation, et auquel j'adresse ici tous mes remerciements :

« M. L..., m'écrit-il [3], avait assisté dans la matinée à des expériences de soudure de métaux à l'aide de l'électricité. Il avait été muni, comme tous les spectateurs, d'une plaque de verre foncé pour protéger les yeux. A un moment, et afin de se rendre compte si la flamme traversait les métaux, il avait retiré la plaque abritant les

[1] Lettre de M. N... (de Lille), 3 décembre 1887.

[2] Lettre du Dr Dujardin (de Lille) au Dr Georges Martin (de Bordeaux), du 25 novembre 1887. — Je remercie M. le Dr G. Martin de cette communication intéressante.

[3] Lettre de M. Meyer.

yeux et s'était approché du foyer électrique sans en être sensiblement incommodé.

« M. L... avait passé le reste de la journée à travailler comme d'habitude dans ses bureaux et était allé dîner en ville.

« Dans la soirée, il ressentit une chaleur cuisante sur toute la figure, les paupières et dans les yeux, suivie de larmoiement et de si vives douleurs qu'il ne pouvait plus ouvrir les paupières et se croyait aveugle.

« M. L... me fut amené après minuit dans l'état suivant : les douleurs sont si violentes que le malade en est comme affolé ; toute la figure présente une couleur rouge brique ; la peau, épaissie et chagrinée, est brûlante au toucher ; les larmes coulent le long des joues ; les paupières sont gonflées et contracturées à tel point qu'il est impossible de les entrouvrir : les essais du malade n'aboutissent qu'à déterminer des contractions pénibles des muscles du front et de la face, ceux du médecin provoquent une augmentation du spasme de l'orbiculaire.

« Je fais coucher M. L... sur une chaise longue et je laisse tomber un certain nombre de gouttes d'une liqueur de cocaïne (à 2 0/0) dans la commissure interne des paupières. Au bout de quelques minutes, le spasme palpébral diminue, il m'est possible d'ouvrir les paupières et de constater l'état de l'œil : le blanc de l'œil est à peine injecté, la cornée intacte et très brillante, la pupille contractée ; la muqueuse des paupières est d'un rouge vif, mais ne paraît pas tuméfiée, et, sauf l'hypersécrétion des larmes, la sécrétion ne présente rien d'anormal. Le malade constate que sa vision n'est pas altérée.

« Je prescris d'heure en heure l'instillation de quelques gouttes de cocaïne et deux lotions chaudes avec de l'eau de laurier-cerise fortement diluée, etc...

« Lorsque j'ai revu M. L... dans la matinée, il pouvait ouvrir les paupières : le gonflement de celles-ci avait cessé, il n'avait plus de douleurs. L'extrême sensibilité à la lumière s'est atténuée peu à peu dans le courant de la journée. Le lendemain, le malade se considéra comme guéri, et, en effet, il ne restait plus que la coloration particulière de la face, qui conserva pendant plus d'une semaine un aspect chagriné, tel qu'on le rencontre chez les ouvriers verriers ou autres qui travaillent dans le voisinage immédiat d'un foyer de grande chaleur rayonnante. »

Comme on le voit, les lésions et les accidents observés par nos confrères MM. Dujardin à Lille et E. Meyer à Paris sur les deux précédents malades sont absolument identiques et ont été traités d'une façon presque semblable.

A propos du fait dont il a été témoin, M. le Dr Dujardin (de

Lille) signale à son confrère de Bordeaux une observation analogue :

Chez un électricien, qui chargeait des accumulateurs, après une forte étincelle qui s'était produite à peu de distance des yeux, il y avait eu également de la photophobie et de la rougeur de la conjonctive bulbaire pendant environ vingt-quatre heures.

Mentionnons aussi une observation relatée par M. le Dr G. Sous (de Bordeaux), dans un travail intitulé : *Éclairage électrique des théâtres* [1].

« Le 14 juillet 1880, M. D... avait installé à l'hôtel de Nantes un système d'éclairage qu'il a fait breveter... Pour surveiller l'écartement des charbons, M. D..., les yeux munis de verres bleu foncé, regardait souvent et de très près le foyer incandescent. Pendant la nuit, il fut pris de violentes douleurs oculaires; il lui semblait avoir des charbons ardents non seulement dans les yeux, mais aussi dans l'orbite. La lumière la plus faible ne pouvait être tolérée, car elle augmentait les douleurs. C'est dans une chambre complètement obscure et sans pouvoir procéder à aucun examen et même sans pouvoir apercevoir quoi que ce soit, que je pus causer avec le malade et entendre le récit de ses souffrances et de ses aventures. Je prescrivis des compresses d'eau de laurier-cerise en permanence, et deux jours après tous les symptômes avaient disparu. La guérison était complète [2]. »

En 1881, dans son travail inaugural [3], le Dr Charles Nodier cite, d'après M. E. Rochard, l'observation de deux officiers de marine chargés d'expérimenter des fanaux électriques, dans lesquels les rayons traversaient une glace plane distante de 40 centimètres du foyer lumineux.

Dans l'un des cas (Obs. I), la lumière étant égale à 1,600 becs Carcel, l'expérimentateur resta exposé deux heures à l'influence du rayonnement, et cela sans lunettes. Il fut pris de douleurs de tête et dans les yeux. Le lendemain, les conjonctives sont rouges, larmoiement, hyperhémie scléroticale (?), cercle périkératique, myosis, photophobie, mouches volantes. Ces accidents disparurent peu à peu, mais durèrent trois jours.

Dans l'autre cas (Obs. II), la puissance de la lampe n'était que

[1] Travail communiqué à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux (séance du 22 juillet 1887), et publié dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, nos 4 et 5, p. 32 et 41; 1887.

[2] *Loc. cit.*, p. 42.

[3] Ch. Nodier. Sur une ophthalmie causée par la lumière électrique (*Thèse de Paris*, 1881, n° 264). — G. Martin, *Les accidents oculaires engendrés par la lumière électrique ne sont pas dus aux rayons chimiques* (Communication à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, le 22 juillet 1887).

de 300 becs Carcel, aussi les accidents furent-ils moindres, malgré un même temps d'exposition aux rayons lumineux. Ils consistèrent en : céphalalgie légère, picotement des yeux, larmoiement abondant ; les phénomènes d'hyperhémie conjonctivale n'étaient accusés qu'à gauche, avec cercle périkératique, congestion de la sclérotique, myosis, photophobie et larmoiement. Comme M. V... voit beaucoup mieux de l'œil gauche, c'est avec cet œil qu'il a suivi ses expériences, d'où la lésion unilatérale.

Au bout de 48 heures, les accidents s'étaient calmés et M. V... reprenait son service.

Des observations analogues aux précédentes ont été publiées à l'étranger, nous allons en rapporter quelques-unes :

En 1882, W.-C. Rockliffe (de Hull)[1] rapporte le fait suivant, que je résume, et qu'il croit être le premier relaté en Angleterre : A. B..., 28 ans, est chargé d'adapter les charbons d'un arc lumineux de Siemens de 3,000 bougies ; comme il ne se sert pas de lunettes colorées, l'intensité du jet lumineux lui détermine une paralysie de la rétine qui dure quelques instants. Souvent il est pris de larmoiement, de photophobie, de douleurs et de gonflement des paupières, qu'il traite par l'application de compresses d'eau froide.

Mais une fois ces symptômes ne se calmèrent pas, la douleur et le gonflement augmentèrent toute la nuit et M. W.-C. Rockliffe le vit le lendemain matin.

Les paupières des deux yeux étaient chaudes, rouges, gonflées et infiltrées jusque sur le front ; les douleurs très vives, intra- et péri-oculaires ; la photophobie très intense, avec un larmoiement très accusé. Congestion des vaisseaux conjonctivaux, rougeur écarlate des globes oculaires. Cornées bien transparentes. Tous ces phénomènes cédèrent en 48 heures, après une purgation et des lotions plombiques.

L'apprenti qui l'aidait dans son travail fut aussi atteint de conjonctivite, mais à un moindre degré.

L'auteur termine en se demandant si l'on doit attribuer ces phénomenes à la chaleur ou bien à la lumière ?

L'année suivante, en 1883, A. Emrys-Jones (de Manchester)[2] rapporta dans le même recueil deux observations analogues, qu'il tenait, l'une de son ami le Dr Philip Birch (de Longsight), et l'autre du malade lui-même.

[1] A case of acute conjonctivitis caused by the electric light (*The ophthalmic Review*. London, vol. I, n° 11, p. 308, september 1882).

[2] The effects of the electric light on the eye (*Ibid.* London, vol. II, n° 18, p. 105, april 1883).

Observation I. — M. A... consulta M. Bireh, le 15 décembre 1832, pour le fait suivant : La veille au soir, M. A... avait fait des expériences nécessitant la vision à l'œil nu de l'arc lumineux, à la distanee de quelques pouces. Ces expériences durèrent vingt minutes. Éblouissement, vision de cercles colorés autour des lumières de la rue. Vers 3 heures du matin, douleurs vives dans les yeux et larmoiement excessif. Le jour suivant, M. Bireh constata la persistance de ces symptômes, de la photophobie et une légère rougeur de la eonjonctive ; les paupières n'étaient pas gonflées.

Une goutte de solution d'atropine amena une amélioration immédiate, et quand les effets physiologiques de l'atropine furent passés, M. A... put reprendre ses occupations.

Obs. II. — Le malade, qui s'occupe beaucoup de lumière électrique, a pour habitude de regarder l'arc lumineux entre l'interstice de deux doigts très rapprochés l'un de l'autre, la main préservant la face, mais parfois il oublie eette précaution. Or, avec un arc de deux mille bougies, il ne se produit que des accidents très passagers quand on regarde l'arc à donze pieds ou audelà, et quand la lumière n'est pas continue. Si l'on ajuste la lampe pendant l'ineandescence, et que les yeux, non protégés par des louchettes ou des verres fumés, soient approchés à dix-huit ou vingt-quatre pouces et exposés pendant une et surtout deux minutes, il s'y produit une certaine inflammation. Une longue exposition à la lumière peut produire l'aveuglement, et la nature de la lumière aurait une certaine importance. Trop de courant, donnant une lumière violette, ou pas assez de courant, produisant une lumière orangée, détermine moins d'accidents que la lumière normale (blanche, teintée de bleu pâle). La lumière intermittente ou irrégulière serait plus dangereuse que la lumière fixe. Voyons quels sont les accidents que relate le malade.

Le premier symptôme, écrit-il, est une impression continue, sur la rétine, d'une multitude de dédoublements de l'arc, ou si l'œil s'est beaueoup remué, une lueur aveuglante (blinding glaze) extrêmement confuse pendant quelque temps et qui forme une sorte d'écran aux objets qu'on fixe ensuite. La première impression offre la même couleur que l'are, mais bientôt on perçoit la eouleur complémentaire, qui persiste plus longtemps et disparaît ultérieurement, mais d'une façon très lente dans les cas un peu sérieux. Quand ce phénomène a disparu tout à fait, on peut le faire reparaître pendant longtemps, en ouvrant et fermant rapidement et fréquemment les paupières. Je puis toujours estimer la lésion produite par la longueur du temps pendant lequel je puis faire reparaître l'image ; si c'est pendant une heure, je sais qu'il se développera des phénomènes inflammatoires et j'applique aussitôt mon remède, sans attendre l'apparition des accidents.

Lorsque l'inflammation se produit, elle le fait au bout de six à neuf heures, ces heures étant un minimum. La première sensation perçue est celle d'un, de deux et, le plus souvent, d'un nombre inealculable de particules de poussière — particules à angles paraissant terriblement aeeusés — dans les yeux, qu'on ne peut remuer. Il me semble que

chaque image qui existait tout d'abord s'est divisée en particules. Quand la lueur confuse se manifeste, les phénomènes sont tels, que je ne puis sortir dans la rue avec cette sensation de poussière, jusqu'à ce que la lueur ait disparu. Bientôt survient un abondant écoulement de larmes qui dure des heures; la pupille est plus ou moins contractée selon la gravité de l'attaque, mais l'œil est très peu rouge, autant que je puis en juger.

Au cours de l'inflammation, les yeux sont sensibles, douloureux et intolérants à la lumière, et je trouve un grand soulagement, aussitôt que je puis les maintenir ouverts, à sortir au grand air et au vent, bientôt alors j'oublie mon mal.

Quant au traitement, j'ai toujours bassiné mes yeux avec une solution de sulfate de zinc et de liqueur d'opium, en en laissant pénétrer entre les paupières, et, dans l'intervalle des bains, une compresse imbibée de cette solution est fortement appliquée sur les yeux. Je remue mes yeux dans toutes les direetions, jusqu'à ee que j'aie trouvé une position dans laquelle les sensations disparaissent et où je souffre le moins; cette position trouvée, je mets toute mon énergie à la garder, et c'est à cela, bien plus qu'à toute autre chose, que je crois devoir attribuer mon prompt rétablissement dans tous les cas (!). La douleur est horrible tant que dure l'attaque, et personne ne voudrait l'expérimenter volontairement une seeonde fois. J'ai eu trois accès, le dernier étant le plus aigu; mais les lampes peuvent s'altérer ou bien une expérience peut manquer avant que j'en risque une autre... Je n'ai jamais noté de gonflement aux paupières.

De ces deux faits A. Emrys-Jones conclut, sans d'ailleurs s'en expliquer plus longuement, que ces symptômes sont dus bien plutôt à l'intensité de la lumière qu'à la chaleur rayonnante des lampes.

Dans le même journal et la même année, David Little (de Manchester) [1] signale les effets d'une forte lumière sur les yeux et relate les deux cas suivants, dont l'un, au moins, se rattache à notre sujet.

I. — *Rétinite produite par une forte lumière électrique.*

Un gentleman, faisant des expériences avec la lumière électrique dans le laboratoire d'une université, négligea une fois de mettre ses lunettes noires pendant qu'il manipulait; la boîte contenant la lumière électrique fut soudainement ouverte et la lumière atteignit son œil droit. L'opérateur ressentit un grand choc et devint aveugle pendant plusieurs minutes; pendant plusieurs jours les yeux furent atteints de photophobie, et il souffrit beaucoup de la tête.

En juin 1882, le malade me consulta parce qu'il avait du brouillard

[1] The effects of strong light upon the eye (*The ophtalmic Review*, London. vol. II, n° 21, p. 196, July 1883).

et voyait des taches noires devant l'œil droit, phénomènes qui existaient depuis l'accident, c'est-à-dire depuis deux mois.

La vision de l'œil droit égalait 20/50. L'examen ophthalmoscopique permettait de constater du trouble sur le nerf optique et sur la rétine située immédiatement autour de lui. La vision de l'œil gauche était bonne et le fond de l'œil normal.

Je conseillai de porter des verres teintés, et le repos des yeux pendant quelque temps. Comme le malade quitta le pays peu de jours après, je ne pus le suivre ultérieurement.

II. — *Blépharospasme produit par un éclair.*

Il s'agit d'un homme de 56 ans, qui fut renversé par un éclair sans perdre connaissance. En se relevant, il ne put pas ouvrir les yeux. Deux jours après, il vint à ma consultation, conduit par son fils, qui m'annonça qu'il n'avait pas ouvert les yeux depuis qu'il avait été frappé par la foudre. Il avait du blépharospasme très accusé des deux yeux, comme dans l'hystérie. Ses yeux lui paraissaient chauds et douloureux, mais il n'y avait pas d'inflammation apparente. On ne put faire l'examen ophthalmoscopique.

Les accidents spasmodiques durèrent treize jours, au bout desquels il ouvrit partiellement les yeux ; cet état s'améliora chaque jour, et enfin, avec une bonne vision, il retrouva un fonctionnement parfaitement normal.

Dans les diverses observations que je viens de vous relater, comme dans le fait observé par M. le Dr Defontaine, deux accidents peuvent se produire, soit simultanément, soit séparément. Tantôt le sujet, exposé à l'action de l'arc électrique, est atteint d'un érythème cutané plus ou moins intense, soit sur les mains ou les avant-bras, en un mot, sur les parties découvertes. C'est là le coup de soleil électrique.

Tantôt il n'y a pas d'érythème cutané, mais ce sont les yeux qui sont atteints d'une véritable ophthalmie, qu'on pourrait appeler aussi électrique.

Tantôt, enfin, comme cela est arrivé pour les malades de MM. Dujardin et Meyer, il y a eu, à la fois, coup de soleil de la face et accidents oculaires sérieux. Notons en passant que cette coïncidence d'accidents oculaires et cutanés est considérée bien à tort comme ne se reproduisant pas, par notre confrère le Dr G. Martin, qui se propose de démontrer l'innocuité des rayons chimiques dans la genèse de ces accidents [1]. Nous y reviendrons plus loin, en cherchant à déterminer la pathogénie de ces divers phénomènes morbides.

[1] *Journal de médecine de Bordeaux*, n° 10, p. 87. 1887.

Rien n'est simple comme le processus de l'érythème cutané, dit *coup de soleil électrique;* et, pour en juger, nous nous y sommes exposé.

Observation I. — Le 2 décembre 1887, nous assistâmes à la soudure de deux pièces d'acier, soudure pour laquelle on utilisa de 400 à 450 ampères, ce qui donne 80 volts dont 40 dans l'arc électrique.

Placé à 1m,50 de l'arc, j'observai le travail des ouvriers en regardant à travers un cadre en bois contenant deux verres rouges et un verre jaune superposés, ceci pour éviter toute action sur la face et les yeux. Du côté où je tenais cet écran, ma main était abritée par mon gant, mais je relevai la manche de mon vêtement, de façon à exposer aux rayons lumineux la face dorsale et le bord interne du quart inférieur de l'avant-bras.

La première soudure dura environ trois minutes; la chaleur du foyer électrique est sensible, mais fort aisée à tolérer, elle me paraît être d'environ 30°. Je ne ressentis rien d'anormal et les téguments de l'avant-bras restèrent absolument intacts.

Les plaques d'acier sont retournées et on refait une deuxième soudure; même disposition de l'expérience, même partie de l'avant-bras exposée pendant encore trois minutes au plus. Aucune sensation désagréable.

Mes yeux sont un peu fatigués par l'éclat lumineux, et partout je vois une tache verte, couleur complémentaire des verres rouges à travers lesquels j'ai regardé l'arc électrique. Du reste, cette tache disparaît très vite, et je quitte l'atelier sans éprouver le moindre phénomène anormal.

Au bout d'une demi-heure, je ressentis un prurit assez vif sur la partie de l'avant-bras qui avait été découverte, la peau y est rouge, et on y voit très nettement une ligne de démarcation entre la partie abritée par la manche et la partie exposée, devenue d'un rouge vif. Ce prurit cesse au bout d'environ une heure. Toute la journée, les téguments sont d'un rouge vif, sans autre phénomène; le soir, seulement : cuisson fort légère, la rougeur est toujours très intense. La nuit, un peu de gène et de cuisson.

3 *décembre.* Douleurs tout le jour, par suite du frottement des vêtements, cette douleur est comparable à celle d'une brûlure légère ou encore à celle d'un coup de soleil. Les téguments sont d'un rouge qui devient un peu foncé.

4 *décembre.* Pas de douleurs, mais la rougeur persiste.

6 *décembre.* Il y a toujours une rougeur des téguments assez accusée.

13 *décembre.* Quelques démangeaisons et desquamation épithéliale très marquée sur toute la partie frappée du coup de soleil électrique.

17 *décembre.* Il n'y a plus rien, qu'un peu de coloration bronzée des téguments et quelques furfures.

Obs. II. — Ce même 2 décembre 1887, H..., l'un des ouvriers qui travaille aux soudures métalliques, exposa tout son avant-bras à la

radiation d'un arc électrique d'environ 450 ampères, comme celui qui avait servi à mon expérience personnelle, seulement chez lui l'exposition dura près d'une demi-heure.

Pas de sensation ni de rougeur pendant le reste de la journée. Et ce ne fut que vers trois ou quatre heures du matin que H... ressentit des démangeaisons d'abord, puis des cuissons.

Le 3, il vint me trouver, vers neuf heures et demie du matin, à l'hôpital Bichat, et voici ce que je constatai avec les élèves de service :

Tout l'avant-bras est fortement teinté en rouge vif, toutefois sur le bord cubital il existe une plaque triangulaire de peau parfaitement blanche, très certainement due à une saillie des muscles, dont l'ombre portée a protégé les téguments. Telle est aussi l'interprétation qu'en a donnée mon collègue et ami M. G. Richelot, qui examina le malade avec moi.

Cette rougeur des téguments, qui s'accompagne d'un très léger gonflement, n'est pas très douloureuse, et H... n'y attache qu'une importance modérée. C'est qu'en effet il présente aussi des accidents du côté des yeux, accidents sur lesquels je reviendrai plus loin.

Le 4 décembre, l'érythème du bras, toujours très développé, est devenu plus douloureux que la veille.

Le 5, l'érythème est encore accusé, mais indolore.

Il y eut une desquamation ultérieure qui dura quelques jours, comme je l'avais observée sur moi-même.

En résumé, la succession des accidents du côté des téguments paraît être toujours à peu près la même et leur intensité semble dépendre : 1° de l'importance de l'arc électrique ; aussi M. Sarcia conseille-t-il de s'abriter quand on utilise plus de 200 ampères ;

2° De la durée d'exposition à l'influence de la lumière ; si bien que l'ouvrier observé par mon ami le Dr Faucher avait jusqu'à des phlyctènes sur les téguments non abrités ;

3° De la résistance des téguments. Ceux de l'ouvrier H... ne furent pas plus atteints que les miens, et cependant, toutes choses égales d'ailleurs, l'exposition avait été de trente minutes dans le premier cas et de cinq à six minutes dans le second cas.

Le premier phénomène est la rougeur, l'érythème ; il apparaît sans déterminer de sensations douloureuses et, dès le début, il a une teinte d'un rouge vif très accusé. Bientôt naissent des démangeaisons, du prurit plus ou moins accusé, selon la sensibilité des malades, et qui, en tout cas, dure peu de temps. Puis une sensation de gêne, de tension, et enfin de brûlure, assez caractéristique, et identique à celle que produit un véritable coup de soleil. Cette sensation dure quelques jours, elle est souvent plus accusée au bout de quarante-huit heures qu'après vingt-quatre heures ; d'ailleurs, elle ne tarde pas à disparaître, vers le troisième jour. Il est probable qu'elle dure plus longtemps dans les cas où,

comme l'a observé le Dr Faucher, il s'est développé des phlyctènes comme dans une brûlure au deuxième degré.

Au bout de quelques jours, les téguments, toujours colorés anormalement, mais d'une teinte de plus en plus foncée, perdent leur épiderme. Il se fait une desquamation, tantôt en lamelles, tantôt par petites plaques, selon la région et surtout selon l'intensité des accidents cutanés. « On fait peau neuve, » comme le dit fort bien M. Sarcia.

Dans tous les cas que nous avons pu relater et observer, ces accidents furent tous benins ; toutefois, à la face, et compliqués de troubles oculaires, ils déterminèrent des phénomènes inquiétants, voire même, dit-on, de la fièvre, ce qui est fort possible.

On conçoit, d'ailleurs, que, très étendu, cet érythème, d'origine électrique, puisse donner lieu à des accidents analogues, sinon identiques, à ceux des brûlures étendues du premier degré. Mais la moindre observation vaudrait mieux que toutes les hypothèses qu'on puisse faire à ce sujet, et nous n'en possédons pas.

L'action de l'arc électrique sur l'appareil visuel a été l'objet d'un grand nombre de travaux, parmi lesquels nous pouvons signaler une discussion récente entre nos deux confrères MM. G. Martin et G. Sous, à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux[1] ; mais, le plus souvent, on s'est occupé de la question de l'éclairage électrique au point de vue de l'hygiène et de la valeur comparée de l'arc avec les lampes à incandescence d'Edison, de Swann, etc. Ici, nous ne signalerons que les faits pathologiques, les accidents dus non pas seulement à un éclairage intense, mais aussi à l'emploi de l'arc électrique, soit comme moyen d'expérimentation, soit dans les soudures métalliques.

La lumière électrique due à l'arc incandescent détermine, comme nous l'avons vu, des accidents oculaires très nets et qu'on peut décrire sous le nom d'*ophthalmie électrique*. Tantôt cette ophthalmie est légère ou de moyenne intensité, tantôt elle est forte et détermine des accidents sérieux, soit primitifs, soit même consécutifs.

Le type de l'ophthalmie légère est fourni par le fait suivant que j'ai pu observer.

[1] G. Martin, De l'éclairage électrique dans les théâtres. Étude d'hygiène publique (*Journal de médecine de Bordeaux*, n° 50, p. 570-579, 10 juillet 1887). — G. Sous, Éclairage électrique des théâtres (*Ibid*, n° 4, p. 32, 28 août 1887, et n° 5, p. 41, 4 septembre 1887). — G. Martin, Les accidents oculaires engendrés par la lumière électrique ne sont pas dus aux rayons chimiques (*Ibid.*, n° 10, p. 85, 9 octobre 1887). — G. Sous, Lumière solaire. Lumière électrique (*Ibid.*, n° 16, p. 154, 20 novembre 1887).

H..., qui travaille à la soudure de l'acier, a été exposé à l'action d'un arc de 400 ampères, pendant quatre heures le matin et une demi-heure l'après-midi ; sa face et ses yeux étaient abrités par un écran formé de deux verres rouges et un verre vert. Or, le soir, vers quatre heures, il fut pris de larmoiement et ne put continuer son travail. La nuit, sensation de sable fin dans les yeux et larmes abondantes qui empêchent le malade de dormir. Je vois le malade le lendemain matin à neuf heures à l'hôpital Bichat.

Les yeux sont congestionnés, rouges et pleurants, les cils des paupières inférieures sont réunis en pinceaux, un peu de photophobie, plus accusée à gauche qu'à droite.

Les conjonctives palpébrales sont injectées seulement sur le bord libre, il n'y a presque rien du côté des culs-de-sac. La conjonctive oculaire est fortement vascularisée, surtout au niveau des parties découvertes normalement, c'est à dire à droite ou à gauche des cornées; en haut et en bas, dans les parties normalement recouvertes par les paupières, il n'y a que peu d'injection.

Il y a un peu d'œdème de la conjonctive bulbaire, seulement accusée autour de la cornée.

Pupilles dilatées et peu sensibles à l'action de la lumière. A l'ophthalmoscope, et malgré la photophobie un peu gênante, le fond de l'œil est normal des deux côtés. Il prend des lotions tièdes boriquées.

Le lendemain, 4 décembre 1887, les douleurs oculaires sont moindres, et les conjonctives sont toujours rouges, mais les yeux pleurent peu. Le sommeil a été bon.

Le 5, amélioration très notable ; sauf un larmoiement persistant et un peu de rougeur, les yeux seraient normaux.

Quelques jours après, tout était rentré dans l'ordre.

Les faits de MM. E. Rochard et Birch se rapprochent du type précédent.

Les deux observations citées plus haut, et dues à MM. Dujardin et E. Meyer, l'observation du Dr Defontaine, celles de M. Sous et de W. C. Rockliffe, de David Little, offrent des types de l'ophthalmie forte.

Les premiers accidents sont des troubles rétiniens : vision troublée ou abolie, tache opaque sur le point de fixation et apparition de couleurs complémentaires, — et dans le cas de M. Defontaine la coloration jaune des objets, tenant à la couleur violette et très foncée des lunettes utilisées par le patient.

Ces phénomènes se calment; toutefois, ils réapparaissent très facilement lorsque le malade vient à fermer et ouvrir brusquement les paupières.

Quoi qu'il en soit, c'est au bout de quelques heures, six d'après l'expérimentation citée par Birch, que se développent les troubles congestifs : douleurs vives dans les yeux et la tête, sensation

insupportable de corps étrangers très pointus, roulant sous les paupières, photophobie extrême avec blépharospasme.

Si l'on parvient à ouvrir les paupières, on constate une vascularisation exagérée de la conjonctive et du cercle périkératique, voire même de la sclérotique (?), l'iris est contracté. L'examen du fond de l'œil est impossible à pratiquer. Parfois on a signalé des accidents généraux tels que la fièvre et l'insomnie persistante due à la vive douleur, surtout lorsqu'à l'ophthalmie s'ajoute au coup de soleil sur la face.

Le plus souvent, ces accidents, d'apparence formidable, se calment au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, et finissent par disparaître en quelques jours ; toutefois, il faut se rappeler qu'on a signalé l'existence possible de troubles persistants du côté des membranes profondes. Tel est le fait de David Little, fait qui, malheureusement, n'a pu être suivi par le médecin traitant.

Quelle peut être la cause de ces divers accidents, soit du côté des téguments, soit du côté des yeux? Tout d'abord, on peut éliminer absolument l'influence des rayons calorifiques. Comme je l'ai dit, la chaleur est à peine perçue sur les téguments, si l'on est pris par le coup de soleil électrique. D'autre part, il suffit de voir les lunettes très foncées ou les verres colorés qui abritent les yeux et qui n'empêchent pas toujours l'action sur les membranes oculaires, pour éliminer l'influence des rayons calorifiques dans la production de l'ophthalmie électrique. Tout le monde s'accorde sur ces points.

Reste la question de l'action des rayons lumineux et des rayons chimiques.

Les rayons lumineux agissent-ils seuls, comme le soutient M. le docteur Martin (de Bordeaux); faut-il, au contraire, admettre l'action exclusive des rayons chimiques (rayons violets et ultraviolets), comme le soutiennent Foucault, Regnault, Charcot, et plus récemment M. G. Sous (de Bordeaux).

Cette question ne nous paraît pas encore résolue, et l'action des verres d'urane, qui arrêteraient les rayons violets et par conséquent empêcheraient les accidents cutanés, ne nous paraît pas la démontrer.

Toujours est-il, c'est que l'indication thérapeutique est fort simple :

Contre les accidents cutanés, éviter de laisser les téguments à découvert et se protéger la face par un écran.

Contre les phénomènes oculaires, mêmes précautions de l'écran, mais avec les verres les plus teintés, soit en noir, soit mieux, peut-

être, avec des verres fortement colorés en rouge et jaune, comme l'ont appris empiriquement les ingénieurs qui s'occupent de la soudure des métaux.

Conclusion. — Je vous propose :

1° D'adresser des remerciements à M. Defontaine ;
2° De déposer son travail dans nos Archives ;
3° De l'inscrire sur la liste des membres correspondants.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,
TERRILLON.

TABLE DES MATIÈRES

A

D

E

M

N

O

P

T

U

V

TABLE DES AUTEURS.

T

V

W

Le Gérant : G. MASSON.

Paris. — Soc. d'Imprimerie PAUL DUPONT, 24, rue du Bouloi (Cl.) 49.2.88.